

3 1761 12061503 4



Digitized by the Internet Archive
in 2024 with funding from
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615034>



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 9, 2001

Le mercredi 9 mai 2001

Issue No. 11

Fascicule n° 11

Ninth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Neuvième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Pépin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Graham, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Murray, substitution pending (May 8, 2001).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Pépin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Graham, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Murray, remplacement à venir (le 8 mai 2001).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2001
(12)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:52 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, Kirby, LeBreton, Morin and Pépin. (7)

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos. From the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies:

Murray Elston, President.

Coalition for Biomedical and Health Research:

Dr. Barry McLennan, Chairman;

Charles Pitts, Executive Director.

Centre for Excellence for Women's Health:

Dr. Pat Armstrong.

Canadian Genetic Diseases Network:

Dr. Ronald Worton, Associate Director.

Dr. McLennan made a statement. Mr. Elston made a statement. The witnesses answered questions.

Dr. Armstrong made a statement. Dr. Worton made a statement. The witnesses answered questions.

At 5:41 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2001
(12)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, à 15 h 52, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, Kirby, LeBreton, Morin et Pépin (7).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités de la législation privée: Josée Thérien, commis législatif.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

Les compagnies de recherches pharmaceutiques du Canada:

Murray Elston, président.

Coalition pour la recherche biomédicale et en santé:

Dr. Barry McLennan, président

Charles Pitts, directeur exécutif.

Centre d'excellence pour la santé des femmes:

Dr. Pat Armstrong.

Réseau canadien sur les maladies génétiques:

Dr. Ronald Worton, directeur adjoint.

Dr. McLennan fait une déclaration; M. Elston fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Dr. Armstrong fait une déclaration; M. Worton fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 17 h 41, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 9, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:52 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[English]

The Chairman: Our witness from Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies is Murray Elston, President. Mr. Elston is also the former Minister of Health, Province of Ontario. With us from the Coalition for Biomedical and Health Research are Barry McLennan, Chairman and Charles Pitts, Executive Director. Thank you for attending.

May I suggest that you begin with a relatively brief opening statement so that we will have time for questions.

Dr. Barry McLennan, Chairman, Coalition for Biomedical and Health Research: Thank you for the opportunity to appear before the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, as you look at phase two of your study on Canada's health care system.

Research knows no boundaries; it is a global activity. That is my first point. In fact, in Canada and in the world, we are experiencing a profound revolution in the field of health research. This revolution may soon lead to our understanding of the molecular basis of human biology and disease. Eventually, our understanding of human genes will lead to health strategies to avoid and not just to fight disease.

Many countries have determined that innovation will be the major economic driver of this century. As the Honourable Gilbert Normand, Secretary of State for Science, Research and Development, said recently,

An economy based on the creativity and innovation of all of its participants, and consequently, its partners, will benefit all Canadians at the four corners of our great nation. In future, our main objective must be to establish a genuine "culture of innovation" in our everyday life, in our general conception and in the way we do business.

In our brief, we discuss the impact of several new initiatives on health research in Canada. These include the establishment of CIHR or the Canadian Institutes of Health Research. The institute directors are now in place and the institute's advisory board has been put together. Each of the 13 institutes is in the process of developing strategic initiatives to respond to significant health research concerns in Canada.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 9 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni à 15 h 52 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

Le président: Nous allons entendre M. Murray Elston, président des Compagnies de recherches pharmaceutiques du Canada. M. Elston a déjà été ministre de la Santé dans la province de l'Ontario. La Coalition pour la recherche biomédicale et en santé est représentée par Barry McLennan, son président, et Charles Pitts, son directeur exécutif. Merci d'être venus.

Puis-je vous suggérer de nous présenter une brève déclaration liminaire pour que nous ayons ensuite du temps pour vous poser des questions.

Dr Barry McLennan, président, Coalition pour la recherche biomédicale et en santé: Merci de nous avoir fourni la possibilité de comparaître devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour la deuxième étape de votre étude sur le système de soins de santé au Canada.

La recherche ne connaît pas de frontières; c'est une activité universelle. C'est mon premier commentaire. En fait, que ce soit au Canada ou ailleurs, la recherche médicale connaît en ce moment une profonde révolution. Cette révolution va peut-être nous permettre de comprendre la structure moléculaire de la biologie et des maladies humaines. Tôt ou tard, nos connaissances sur les gènes humains vont déboucher sur des stratégies en matière de santé qui vont non seulement nous permettre de guérir les maladies, mais aussi de les éviter.

De nombreux pays savent que la principale force économique de notre siècle sera l'innovation. Comme l'honorable Gilbert Normand, secrétaire d'État pour les sciences, la recherche et le développement, l'a déclaré récemment,

Une économie fondée sur la créativité et l'innovation de tous ses acteurs, et par conséquent, ses partenaires, profitera aux Canadiens de toutes les régions de notre grand pays. À l'avenir, nous devons nous donner comme principal objectif d'instaurer une véritable «culture de l'innovation» dans notre vie quotidienne, dans notre conception générale du monde et dans la façon dont nous faisons des affaires.

Nous examinons dans notre mémoire plusieurs initiatives récentes qui ont été lancées dans le domaine de la recherche médicale au Canada et l'impact qu'elles ont eu. La création des Instituts de recherche en santé du Canada est une de ces initiatives. Les directeurs de l'institut sont en fonction et le comité consultatif de l'institut a été constitué. Chacun des 13 instituts est en train d'élaborer des initiatives stratégiques visant à répondre aux grandes questions qui se posent dans le domaine de la recherche médicale au Canada.

Expectations among health researchers have been dramatically increased with respect to the opportunity to conduct innovative, excellent research in Canada. The number of research proposals submitted to CIHR has increased dramatically. In a way CIHR has become a victim of its own success. This has presented a bit of a problem. This leads me to our first recommendation on page 3 of the brief.

The Coalition for Biomedical and Health Research urges the federal government to fulfil its commitment to invest 1 per cent of the health care budget in health research for the benefit of all Canadians, by the end of their current mandate.

CIHR has a cash flow problem. Because the demand is so high, the applications for good research are high and the current budget is presenting a bit of a difficulty. If you think of the 1 per cent target and the plan was to ramp up over 4 or 5 years to 1 per cent, there is a bit of a lag right now, in year three. I urge you to do anything you can to persuade the government to follow through with the game plan.

Genetics and genomics will play a central role in health care delivery. The ability to link individual genes to specific disease has tremendous implications with respect to the prevention, diagnosis and treatment of disease. I think you would all agree that prevention and, indeed, eradication of disease is a most desirable objective.

The economic burden of illness in Canada is significant and must be reduced. Biotechnology is an enabling technology defined as "the use of living organisms or their parts to produce products or services." Modern biotechnology is based on our understanding and newly acquired capacity to manipulate life at the level of genes and proteins, and hence the new words, "genomics" and "proteomics" et cetera.

As the Finance Minister, Paul Martin stated:

New technologies create new industries. New industries mean new markets — global markets — and global markets bring new rules, and rule number one is don't be second. To the first mover go the prime opportunities — to hit the ground running, to become the standard that future rivals will have to displace.

That should be an objective for Canada.

Canadians will also benefit through the creation of knowledge-based high-paying jobs. Highly educated expatriate Canadians will find it easier to connect with exciting new research opportunities in Canada. As one of the fastest growing industries, biotechnology will attract economic interest and investment. Above all, these investments in health research enhance the health of all Canadians.

Cette initiative a suscité de grandes attentes chez les chercheurs du domaine de la santé pour ce qui est de la possibilité de faire de la recherche novatrice et de qualité au Canada. Le nombre des projets de recherche présentés à IRSC a augmenté de façon dramatique. On peut dire que, d'une certaine façon, IRSC a été victime de son propre succès. Cela a soulevé quelques problèmes. Cela m'amène à notre première recommandation qui figure à la page 3 du mémoire.

La Coalition pour la recherche biomédicale et en santé presse le gouvernement fédéral de donner suite à sa promesse d'investir d'ici la fin de son mandat actuel 1 pour cent du budget de la santé dans la recherche médicale, ce qui profitera à tous les Canadiens.

IRSC a un problème de trésorerie. Le besoin est tellement grand que les demandes de subventions de recherche sont très nombreuses et que le budget actuel ne suffit pas. Si l'on tient compte du fait que la cible était de 1 pour cent et qu'on devait l'atteindre progressivement en quatre ou cinq ans, on constate que pour la troisième année, le projet a pris du retard. Je vous invite à faire tout ce que vous pouvez pour convaincre le gouvernement de ne pas dévier de sa route.

La génétique et la génomique vont jouer un rôle central dans la prestation des soins de santé. La possibilité de relier certains gènes à des maladies précises va avoir des répercussions considérables pour ce qui est de la prévention, du diagnostic et du traitement des maladies. Vous êtes certainement tous d'accord pour dire que la prévention et, en fait, l'éradication des maladies, sont des objectifs éminemment souhaitables.

Le fardeau financier que représente les maladies au Canada est lourd et il faut le réduire. La biotechnologie est une technologie que l'on a définie comme étant «l'utilisation d'organismes vivants ou de leurs parties en vue de fabriquer des produits ou de fournir des services». La biotechnologie moderne est basée sur nos connaissances et sur notre capacité toute récente de manipuler la vie au niveau des gènes et des protéines, d'où l'apparition de mots nouveaux, comme «la génomique», «la protéomique», et cetera,

Comme l'a déclaré Paul Martin, notre ministre des finances:

Les nouvelles technologies créent de nouvelles industries. Les nouvelles industries ont besoin de nouveaux marchés, de marchés mondiaux, et les marchés mondiaux fonctionnent selon des règles nouvelles, dont la première est qu'il ne faut pas être le deuxième. Le premier occupant a automatiquement une situation privilégiée, il est déjà en mouvement et c'est lui qui fixe la norme que ses futurs rivaux devront atteindre.

Voilà qui devrait être l'objectif du Canada.

Les Canadiens vont également profiter de la création d'emplois axés sur la connaissance et bien rémunérés. Il sera plus facile pour les Canadiens très spécialisés, qui se sont expatriés, de reprendre contact avec la recherche qui se fait au Canada, grâce aux nouvelles possibilités très stimulantes qu'elle offre aujourd'hui. La biotechnologie fait partie des industries en croissance rapide et c'est un secteur qui attire les investissements et l'attention des acteurs économiques. Ces investissements dans la recherche en santé vont améliorer la santé de tous les Canadiens et c'est là le point essentiel.

CBHR recommends the implementation of a comprehensive, national policy for the development of a vigorous biotech industry in Canada. It does not doubt that Canada can lead the world in biotechnology, while addressing the ethical and social challenges that are inherent in this new frontier.

We recommend that the Government of Canada identify priorities, confront the issues and create specific action plans to support biotechnology, and do so without delay.

Most important, Mr. Chairman, we recommend that a public awareness campaign be undertaken to explain to Canadians the benefits of biotechnology and the promise that it offers.

R&D investment by most sectors of the private industry in Canada is unacceptably low. This constitutes a most pressing issue — particularly as it concerns Canada's emerging health biotech industry. There is a chronic lack of access to capital to support the lengthy R&D process that characterizes this sector. There are few financial vehicles to bridge the gap between discovery and the marketing of products.

The result is that discoveries are orphaned and start-up groups are subjected to very demanding angel financing. This is a structural problem that public sector intervention could help to correct.

There are a few issues that I will mention quickly. One is, creating a level playing field. Academic health centres are integral to education at the undergraduate and postgraduate levels in this country. Unfortunately, many are still seriously underfunded and unable to respond to challenges of contributing to Canada's success in developing globally competitive research.

Given the positive, well-trained and challenging clinical faculties in many specialties across this country, those provinces with healthy budgets are able to offer salaries and resources that attract away from these critical faculties from underfunded centres. This internal competition for talented people is counter-productive. It is an urgent matter that requires rapid attention at the federal level and the provincial level, before several of the faculties of medicine in this country become incapable of meeting the standards set nationally and, indeed, their own accreditation standards.

I have a comment on animal welfare. CBHR is in agreement with the major thrust of Bill C-15. However, we are concerned about the potential impediments that it may have on legitimate, responsible, ethical, sound research testing and teaching. Our recommendation, on page 9 of the brief, asks the federal government to endorse the Canadian Council on Animal Care, CCAC, standards for the care and use of animals in research, and

La Coalition pour la recherche biomédicale et en santé recommande que soit mise en oeuvre une politique nationale globale favorisant le développement d'une industrie biotechnologique dynamique au Canada. La coalition est convaincue que le Canada a les moyens d'être un des leaders mondiaux dans le domaine de la biotechnologie et de répondre aux défis qui se posent dans ce nouveau domaine sur le plan de l'éthique et des valeurs sociales.

Nous recommandons que le gouvernement du Canada définisse les priorités, cerne les grandes questions et élabore des plans d'action visant à appuyer la biotechnologie, et qu'il le fasse sans délai.

Monsieur le président, c'est là un point également très important; nous recommandons de lancer une campagne visant à sensibiliser les Canadiens aux possibilités qu'offre la biotechnologie et à leur expliquer les avantages qu'ils peuvent en retirer.

La plupart des secteurs de l'industrie privée du Canada investissent très peu dans la R-D, ce qui est inacceptable. C'est là une question très urgente, en particulier, parce qu'elle touche le secteur de la biotechnologie médicale, qui est en train de se développer au Canada. On constate un manque chronique de capitaux destinés à financer le long processus de R-D, qui est une caractéristique essentielle de ce secteur. Il existe peu de véhicules financiers permettant de combler l'écart qui sépare les découvertes de la commercialisation des produits.

Résultat, les découvertes sont stérilisées et les jeunes pousses doivent avoir recours à des investisseurs providentiels très exigeants. C'est un problème structurel auquel une intervention du secteur public pourrait remédier.

Il y a quelques questions que je vais mentionner rapidement. Premièrement, il faut harmoniser les règles du marché. Les centres universitaires de santé jouent un rôle essentiel dans les études de deuxième et de troisième cycles au Canada. Malheureusement, la plupart de ces centres ont des budgets insuffisants et ne sont pas en mesure d'apporter une contribution utile aux efforts que déploie le Canada pour mettre sur pied une recherche de classe internationale.

Les provinces qui ont des budgets solides et qui peuvent offrir des centres de recherche clinique bien équipés et pourvus d'un personnel stimulant et ce, dans de nombreuses disciplines, sont en mesure d'offrir aux chercheurs des salaires et de ressources qui les incitent à abandonner les centres sous financés. La concurrence que se font les centres de recherche canadiens pour attirer les scientifiques de talent est très nuisible. C'est une question urgente à laquelle les gouvernements fédéral et provinciaux doivent s'intéresser rapidement, avant que plusieurs facultés de médecine du Canada ne deviennent incapables de respecter les normes nationales, voire même leurs propres normes d'agrément.

J'aurais un commentaire sur les animaux. La CRBS souscrit au principal objectif recherché par le projet de loi C-15. Ce projet risque toutefois de nuire aux activités de recherche et d'enseignement qui répondent par ailleurs à tous les critères exigés, en matière d'éthique notamment. Dans notre recommandation, à la page 9 de notre mémoire, nous demandons au gouvernement fédéral d'adopter les normes élaborées par le Conseil canadien de

to ensure those standards are the basis for any legislative measures aimed at protecting animal welfare.

CBHR supports the basic purpose of the Personal Information Protection of Electronic Documents Act, PIPEDA. However, as written, the act is of serious concern to the biomedical health research community. We believe its application could blot out the very measures the government has undertaken recently to encourage health research in this country.

Our recommendation is that a task force be established to examine the impact of PIPEDA on health research, and that health research activities be specifically exempted from the legislation, as they are at the moment. We recommend that the exemption continue until such time as the task force has completed their work, and any necessary remedial actions are undertaken to ensure that health research activities are not undermined by the legislation.

In conclusion, I would like to make three points.

CBHR urges the federal government to fulfil its commitment to invest 1 per cent of the health care budget in health research for the benefit of all Canadians.

CBHR recommends that a public awareness campaign be undertaken to explain the benefits of biotechnology to Canadians.

CBHR calls on the Government of Canada to identify the priorities, confront the issues and create specific action plans to support biotechnology and to do so without delay.

The climate for health research in Canada is improving. Much has been done through the establishment of CIHR, the CFI, Genome Canada and the Canada Research Chairs Program. Much more remains to be done so that Canada can take a world leadership role in health research. Thank you.

Mr. Murray Elston, President, Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies: Thank you. I represent Canada's innovative pharmaceutical sector. The material that you have is divided basically into two parts. The first, looking at some of the issues in which we think genetic research will assist us to move forward. In the second, I have identified five different areas where we believe there are implications for public policy. I will highlight those, rather than read through them.

For those of us who were involved in health and public policy in health care in the mid-1980s, a wonderful transformation has occurred in terms of knowledge and the ability to deal with diseases. In the days when I was health minister in Ontario, we only dreamed that we could take some positive action towards solving some of those diseases.

protection des animaux en matière d'utilisation des animaux d'expérimentation et de veiller à ce que les mesures législatives visant à protéger des animaux s'inspirent de ces normes.

La Coalition est favorable à l'objectif fondamental de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Cependant, sous sa forme actuelle, cette loi suscite de nombreuses inquiétudes au sein de la communauté de recherche en biomédecine. Nous craignons que cette loi anéantisse toutes les mesures que le gouvernement a prises récemment pour encourager la recherche en santé dans ce pays.

Nous recommandons que l'on crée un groupe de travail chargé d'examiner l'effet de cette loi sur la recherche en santé et que ces activités de recherche soient expressément exclues de l'application de cette loi, comme elles le sont à l'heure actuelle. Nous recommandons que cette exclusion soit maintenue jusqu'à ce que le groupe de travail ait achevé ses travaux et jusqu'à ce qu'on ait pris les mesures correctives nécessaires pour veiller à ce que ce projet de loi ne porte pas atteinte aux activités de recherche en santé.

En conclusion, j'aimerais vous présenter trois observations.

La CRBS presse le gouvernement fédéral de respecter son engagement d'investir dans la recherche 1 pour cent du budget de la santé, ce qui profitera à tous les Canadiens.

La CRBS recommande que l'on lance une campagne de sensibilisation visant à expliquer aux Canadiens tous les avantages qu'offre la biotechnologie.

La CRBS invite le gouvernement du Canada à définir les priorités, à cerner les grands problèmes et à élaborer des plans d'action visant à appuyer la biotechnologie, et à le faire sans délai.

Le climat de la recherche en santé au Canada est en train de s'améliorer. La création de IRSC, de la FIC, de Génome Canada, et le Programme des chaires de recherche au Canada y ont beaucoup contribué. Il demeure encore beaucoup à faire avant que le Canada puisse jouer un rôle de leader à l'échelle mondiale dans le domaine de la recherche en santé. Merci.

M. Murray Elston, président des Compagnies de recherches pharmaceutiques du Canada: Merci. Je représente le secteur pharmaceutique canadien, un secteur particulièrement novateur. Le document qui vous a été distribué comprend pour l'essentiel deux parties. Dans la première, nous examinons certaines des façons dont la recherche génétique va nous permettre de progresser. Dans la seconde, j'ai précisé cinq grands domaines qui comportent des aspects qui intéressent les politiques gouvernementales. Je vais vous les décrire rapidement, plutôt que vous lire le texte.

Ceux d'entre nous qui oeuvraient dans le domaine de la santé et des politiques gouvernementales dans ce domaine au milieu des années 80 ont vu s'opérer devant eux une transformation magnifique pour ce qui est des connaissances et de notre capacité à lutter contre les maladies. À l'époque où j'étais ministre de la santé en Ontario, il était utopique de penser que l'on pourrait vraiment guérir certaines maladies.

Having said that, research has spun out in three segments. One is based on chemistry, the second is based on biology and the third is based on genetics. Dr. McLennan has identified some advantages of that.

Let me go over four items that I think are interesting from the genetic research area. One is that genetics give us an accurate understanding of the underlying causes of disease.

Second, genetics help us to find new targets for treating disease or, in fact, avoiding it — defeating it is probably the best way that I could put it.

Third, the benefit of genetics is that it helps us to develop new medicines more efficiently and effectively. That is a big thing for our industry. At the moment, it is a long process indeed from the point where we first discover a candidate molecule to the time when we ultimately are able to prove that it will have some effectiveness and safety in its administration to the general public. Out of every 10,000 molecules that are discovered, we are fortunate if we find one that ultimately proves successful in treatment of a disease category.

From an investment of about \$700 million, it is through that type of process that we hope to be much more efficient and to have a much shorter time frame in discovering effective new medications.

The most resource-intensive time of this development phase, of course, is in the clinical trial area. We see thousands of people put on clinical trials to prove safety and efficacy. Perhaps now, instead of choosing a broad population band to act as participants in the clinical trials, the genetic research that we are undertaking will be able to target specific groups of people to test a much more specifically developed medication. That will make it much easier to identify the positive molecules than it now is.

Fourth, genetics will help us to identify the right drug for the right patient. Right now, as you probably know, the leading therapies for any medical condition work in 75 per cent to 80 per cent of the population. For between 5 per cent and 10 per cent there may be, and there often are, side effects, which cause some difficulty.

You can see that with the implementation of genetic research and the importance of this as an additional element in the research world, genetics will transform the way in which we deal with medical research. We will create new and powerful ways that will have great benefits for the public in Canada. Not to exclude the rest of the world, obviously, but it will also have profound implications for public policy. I have identified five different areas in which I think this will be of interest to you.

The first area is patient privacy, and Dr. McLennan identified the act that pertains to that. The example that I have chosen gained some international notoriety — Decode Genetics, a small biotech company started by Professor Kerry Stephenson, Harvard

Cela dit, la recherche s'est engagée dans trois voies. La première est basée sur la chimie, la deuxième sur la biologie et la troisième sur la génétique. Le Dr McLennan vous a présenté quelques-uns des avantages de cette dernière orientation.

Permettez-moi d'aborder quatre aspects de la recherche génétique qui sont, d'après moi, intéressants. Le premier est que la génétique nous permet de comprendre avec précision les causes sous-jacentes des maladies.

Deuxièmement, la génétique nous aide à trouver de nouvelles cibles pour lutter contre la maladie, voire même pour les éviter, supprimer est peut-être le meilleur mot que je pourrais trouver pour décrire cela.

Troisièmement, la génétique nous aide à mettre au point de nouveaux médicaments, de façon plus efficace et plus efficiente. C'est un progrès énorme pour notre secteur. À l'heure actuelle, il s'écoule beaucoup de temps entre la découverte d'une molécule qui offre des possibilités et le moment où nous sommes finalement en mesure d'établir qu'elle est efficace et non dangereuse pour la population. Nous sommes satisfaits lorsqu'une molécule sur les 10 000 que nous découvrons permet de traiter avec succès une catégorie de maladies.

Il faut investir environ 700 millions de dollars pour y parvenir, et nous espérons que l'efficacité de ce processus sera renforcée et qu'il faudra beaucoup moins de temps pour découvrir de nouveaux médicaments efficaces.

L'étape de ce processus de mise au point des médicaments à laquelle il faut consacrer le plus de ressources est, bien évidemment, celle des essais cliniques. Des milliers de gens participent à des essais cliniques pour démontrer l'innocuité et l'efficacité des nouveaux médicaments. Au lieu de demander à un large échantillon de la population de participer à ces essais cliniques, on pourrait envisager maintenant, grâce à la recherche génétique, de cibler des groupes de personnes sur lesquelles on pourrait tester un médicament préparé pour cette catégorie de personnes. De cette façon, il serait beaucoup plus facile qu'aujourd'hui d'identifier les molécules positives.

Quatrièmement, la génétique va nous aider à mieux adapter le médicament au patient. À l'heure actuelle, comme vous le savez sans doute, les principaux traitements médicaux donnent de bons résultats dans 75 à 80 p. 100 des cas. Cinq à dix pour cent des personnes traitées souffrent souvent d'effets secondaires, ce qui soulève des difficultés.

Vous pouvez comprendre que la génétique, en tant que composante supplémentaire de la recherche médicale, va transformer complètement la façon dont celle-ci s'effectue. Nous allons créer de nouvelles façons plus efficaces de faire de la recherche, qui vont beaucoup apporter aux Canadiens. Cela ne veut pas dire que les autres pays n'en profiteront pas, bien évidemment, mais cela va avoir de grandes répercussions sur nos politiques gouvernementales. Je vais vous mentionner cinq secteurs qui, je pense, vont vous intéresser.

Le premier est celui du respect de la vie privée des malades et le Dr McLennan a mentionné la loi qui touchait cette question. J'ai choisi un exemple qui a eu une certaine notoriété internationale — Decode Genetics, une petite entreprise de

University, who originally hailed from Iceland. The issues around the identification of returns from the study of that discrete population are still waiting for some delineation and solution. Certainly, it is a controversy that is well known by the government of Iceland and internationally. It has not yet been decided.

Closer to home, we have several initiatives in U.S. legislatures, which, of course, are designed to protect people against the use of genetic information. I will leave it for you to contact me so that we can provide you with a recitation of those.

In our industry, we have established some general principles for genetic research. Ethics committees must approve all trials; patient participation is voluntary; only coded numbers are used to protect privacy; no results are returned to families, employers or insurers; and data is shared with the scientific community through journal publications, where anonymity is preserved.

In the area of public awareness, it is extremely important that the public policy discussions shed light on the issues surrounding genetic research, as opposed to the heat that has been generated mostly by a very top-over type presentation of the prospects of genetic research. Today concerns about genetic research in medicine, animal cloning, embryo research and genetically modified foods are mixed in the public consciousness. It is vital that the level of public understanding be increased so that the role of genetics in medical research is separated from the sensationalism that often follows newspaper headlines.

The second area deals with drug development and regulatory requirements. As everyone knows, the regulatory process currently is long and drawn out. It should be safe, and it should ensure that our products are very efficient and effective. However, at the end of the day, the Canadian standard of performance lags far behind our international competitors. With the genetics revolution, where there will be a speeding up of discoveries and a need to get these products quickly to patients, we will need the regulatory world in Canada to respond to the needs of the patients, as well as the demands of the new science that is being turned out.

Ultimately, our paper suggests that public officials need to appreciate that more resources are required to ensure that Health Canada can make the necessary changes to keep up with the changes in science and to make additions to a department that is already struggling because of previous funding constraints.

Next I turn to protection of intellectual property rights. This area is one that becomes more contentious in the Canadian context and could be discussed the remainder of today, tomorrow and perhaps the rest of the year.

biotech islandaise au départ démarrée par le professeur Kerry Stephenson, de l'université Harvard. Les questions qu'a soulevées l'identification des données provenant de l'étude qui portait sur cette population restreinte doivent encore être précisées et n'ont pas encore été résolues. Elles ont suscité une controverse que le gouvernement islandais connaît bien ainsi que d'autres pays. Cette controverse n'a pas encore été réglée.

Plus près de chez nous, il y a plusieurs initiatives législatives aux États-Unis qui visent à protéger la population contre l'utilisation des données génétiques. Je vous invite à communiquer avec moi si vous souhaitez que je vous transmette une liste de ces initiatives.

Dans notre industrie, nous avons adopté des principes généraux pour la recherche génétique. Les comités d'éthique doivent approuver tous les essais; la participation des malades se fait sur une base volontaire; on utilise uniquement des chiffres codés pour protéger la vie privée; les résultats ne sont transmis ni aux familles, ni aux employeurs ni aux assureurs; les données sont communiquées aux membres de la communauté scientifique par l'intermédiaire de revues spécialisées, en préservant l'anonymat des personnes concernées.

Pour ce qui est de la sensibilisation du public, il est très important de lancer un débat public sur les grandes orientations, de façon à bien faire comprendre les questions que soulève la recherche génétique afin d'éviter les vives réactions que suscitent les descriptions très partielles des perspectives qu'offre la recherche génétique. De nos jours, le public fait mal la différence entre ce qui relève de la recherche génétique et les problèmes qui se posent dans le domaine de la médecine, du clonage des animaux, de la recherche sur les embryons et des aliments modifiés génétiquement. Il est essentiel d'éduquer le public pour qu'il soit en mesure de faire la différence entre le rôle que joue la génétique dans la recherche médicale et les nouvelles sensationnelles que l'on retrouve souvent dans les journaux.

Le deuxième secteur est celui de la mise au point des médicaments et la réglementation. Comme tout le monde le sait, les contrôles en place actuellement sont lourds et le processus d'agrément est très long. Les contrôles devraient assurer l'innocuité des médicaments et garantir que nos produits sont efficaces et efficaces. Cependant, en fin de compte, la performance canadienne est très mauvaise si on la compare à celle de nos concurrents internationaux. La révolution génétique va s'accompagner d'une accélération du nombre des découvertes et il va falloir offrir rapidement ces produits aux malades; le système de réglementation canadien va devoir répondre aux besoins des malades, tout comme à ceux de cette nouvelle science.

En fin de compte, nous suggérons dans notre mémoire que le gouvernement reconnaisse qu'il faut attribuer à Santé Canada des crédits supplémentaires pour que ce ministère puisse introduire les changements qui lui permettront de suivre l'évolution de cette science et de faire les acquisitions nécessaires; c'est en effet un ministère qui souffre déjà des restraints budgétaires antérieures.

J'en viens maintenant à la protection de la propriété intellectuelle. C'est une question qui est devenue très litigieuse dans le contexte canadien et l'on pourrait en parler toute la journée, toute la journée de demain et peut-être le reste de l'année.

From 1969, when there was an implementation of compulsory licensing, until 1987, with the introduction of Bill C-22 and then ultimately its follow-on legislation, C-91, Canada has approached a minimum standard of international patent protection. It is extremely critical not only for our industry, which is global, but for the new start-ups in research, and particularly genetic research, to be able to count on protection for the labour of the researchers in that field. This is critical if Canada is to take advantage of the markets that were identified by Dr. McLennan.

More than that, it is important for people to understand that our industry does not support the idea of patenting genes. What we are in favour of is not the ownership of individual genes but of the knowledge of how to deal with the genetic research and to implement the changes that will be positively received in treating people with diseases or in treating people to prevent the onset of disease.

Another issue of obvious importance, and I presume one of the reasons why the honourable senators have been gathered, is the impact on health care costs. I worked in the world of managing health care — but I ought to, as should most of us who are former health ministers, put “managing” in quotation marks. In the years when I was involved with then-treasurer Bob Nixon in Ontario, the Department of the Treasury was quite concerned about breaking through the double-digit expenditure on health care in Ontario — that is, into \$10 billion. Now in Ontario we are at \$22.2 billion. I suspect the issues are the ones that grab the headlines almost everywhere. I presume most health research initiatives sponsored publicly will be dealing specifically with the sustainability of our system.

Let me make one comment that is not in the paper — it is personal as opposed to corporate in nature. I struggle on occasion with the fact that some people have loaded up the criticisms of our current system to an extent that they feel it is in some ways broken in its current condition. In fact, the current health system, designed as it was many, many years ago, has actually performed much better than it was ever intended to. We are doing a huge amount of work that was never even speculated upon when the system was first put together in the 1960s. While we may be unable to see how our system can evolve to take on new responsibilities, provide new treatments and other things, it is a demonstrated fact that our system — as slow moving as it might be in some cases — has responded to what has been in the last 15 years a huge change in the way that health care has been delivered. This response applies to both the manner in which health care has been delivered and in the selection of the items that can be administered to health patients in this country.

In other words, the system is delivering far more than it was ever intended to, because we know more things to work on now than we did some 40 or 50 years ago.

Entre l'introduction en 1969 de la licence obligatoire, et la présentation du projet de loi C-22 en 1987, et finalement, du projet de loi C-91 qui l'a suivi, le Canada s'est rapproché d'un niveau minimal de protection internationale des brevets. C'est un aspect qui est tout à fait essentiel non seulement pour notre industrie, qui est d'envergure mondiale, mais pour les nouvelles pousses de la recherche, en particulier la recherche génétique, de pouvoir être sûr que les travaux des chercheurs seront protégés. C'est là un point essentiel si l'on veut que le Canada puisse tirer profit des marchés décrits par le Dr McLennan.

Il faut encore aller plus loin; il est important que les gens comprennent que notre industrie ne préconise pas le brevetage des gènes. Nous ne défendons pas l'appropriation des gènes individuels mais nous voulons que soient protégées les découvertes de la recherche génétique et la mise en oeuvre des changements qui vont permettre de guérir les malades et même d'empêcher l'apparition de certaines maladies.

Il y a un autre aspect dont l'importance est évidente, et c'est sans doute là, je présume, une des raisons pour lesquelles les honorables sénateurs sont réunis, c'est celui des répercussions sur les coûts des soins de santé. J'ai travaillé dans le domaine de la gestion des soins de santé mais je devrais plutôt, comme tous les anciens ministres de la santé, mettre le mot «gestion» entre guillemets. Pendant les années au cours desquelles j'étais en rapport avec le trésorier de l'époque, Bob Nixon, en Ontario, son ministère était très inquiet de voir que le budget de la santé en Ontario s'approchait des deux chiffres, c'est-à-dire, de 10 milliards de dollars. Aujourd'hui, en Ontario, nous sommes à 22,2 milliards de dollars. Ce sont là des questions qui font les manchettes dans presque toutes les provinces. Je présume que la plupart des initiatives lancées dans le domaine de la recherche en santé avec des fonds publics mentionnent toujours la durabilité de notre système.

Permettez-moi de faire un commentaire qui ne se trouve pas dans le mémoire, c'est un commentaire personnel et non un commentaire présenté à titre de président. J'ai parfois du mal à accepter que les gens critiquent tellement notre système actuel qu'ils en sont arrivés à penser que celui-ci est aujourd'hui un échec. En fait, le système de santé actuel a été conçu il y a bien longtemps et il a donné en fait des résultats bien supérieurs à ceux qui avaient été prévus. Nous faisons un nombre de choses considérable qui n'avaient jamais été même imaginées au moment où le système a été mis sur pied dans les années 60. Il est peut-être difficile de voir comment ce système pourrait évoluer de façon à pouvoir assumer de nouvelles responsabilités, à fournir de nouveaux traitements, mais il est bien établi que ce système, même s'il est parfois très lent dans certaines situations, a très bien réagi aux énormes changements qui sont intervenus, depuis une quinzaine d'années, dans la façon de fournir les soins de santé. Il a dû modifier non seulement la manière de fournir les soins de santé mais également celle de choisir les produits qui pouvaient être administrés aux malades au Canada.

Autrement dit, le système offre beaucoup plus qu'il ne devait le faire à l'origine, parce que nous savons aujourd'hui beaucoup plus de choses qu'il y a 40 ou 50 ans.

I am not as pessimistic as some people. I am concerned that patients get the care they need. We must work cooperatively to ensure that outcomes is the focus of any kind of public-policy debate and not just a fiscal scrutiny that would gravitate toward what some would see as the cheapest version of health care. I leave that as a personal observation.

I go back to the genetic research and the interesting things it presents to us. As one becomes more sophisticated in the manner in which one takes on research, one will get into more sophisticated applications of technologies and more sophisticated identification of discrete populations that, at the end of the day, may result in smaller populations who will make use of the new medications that are discovered. If current circumstances carry through, the products themselves may be more expensive than ones we are seeing now.

If we have a regulatory system that extends the time under which we are languishing in trying to get permission to make these products available to the public, we will find that that in itself will result in higher costs in the field of health care.

Let me move quickly to the public funding of medical research. Our brief describes, generally, some of the elements of comparison between Canada, France and the United States. Let me say that Canada has taken the steps — and I agree with Dr. McLennan on this — that put us into the game of keeping pace with the medical research. I would like to say that medical research on its own and the funding of it from a public point of view is a situation where Canada finds itself in a catch-up mode. The right steps have been taken and the right pronouncements have been made. If I might say so, the last federal election was an interesting one for us to watch because there was support, at least among the major parties, for pushing Canada into the knowledge-based economy. There was an earnest desire to have us at the forefront of the knowledge-based economy. There was an acknowledgment that this is the new way for Canadians.

What has to be made clear is that Canada is entering into the global competition behind several other well-organized and very determined countries who have already decided that they will put in play the critical mass that makes research in various areas much more attractive for investors. Therefore, I urge not only that we continue the course but, as Canada shoots for number one status in this area, we must be prepared to make the tough public policy decisions that permit investments even at a higher level if we are to retain the people that we have.

I will end there, Mr. Chairman, and welcome your questions.

The Chairman: Thank you. Before turning to the Deputy Chairman, Senator LeBreton, to start the questioning, I would like some further information. If you do not have it now, you can send it to us.

Je ne suis pas aussi pessimiste que certains. Je veux que les malades soient traités comme ils le devraient. Nous devons travailler tous ensemble pour que les grands débats sur la santé soient axés sur les résultats et ne deviennent pas un simple examen financier qui favoriserait ce que certains appelleraient la version bon marché des soins de santé. Je voulais vous faire cette remarque personnelle.

Je reviens à la recherche génétique et aux possibilités intéressantes qu'elle offre. La façon de faire la recherche devient de plus en plus sophistiquée, les applications des nouvelles technologies sont de plus en plus sophistiquées et il est possible qu'en fin de compte, la sophistication des moyens dont nous disposons pour identifier les populations cibles va se traduire par de nouveaux médicaments qui seront utilisés par des populations moins nombreuses. Si la situation actuelle perdure, ces produits risquent de coûter plus cher que ceux que nous utilisons actuellement.

Si notre mécanisme de réglementation prolonge de façon démesurée le délai nécessaire à l'obtention du permis exigé pour offrir ces produits au public, cela va automatiquement augmenter le coût des soins de santé.

Permettez-moi d'aborder maintenant la question du financement public de la recherche médicale. Notre mémoire fournit certains éléments de comparaison entre le Canada, la France et les États-Unis. Je tiens à dire que le Canada a pris certaines mesures, et là, je suis d'accord avec le Dr. McLennan sur ce point, qui vont nous permettre de conserver un niveau satisfaisant pour ce qui est de la recherche médicale. Je tiens toutefois à signaler que la recherche médicale et les fonds publics qui lui sont consacrés obligent le Canada à faire du rattrapage. Les mesures qui ont été prises sont excellentes et les déclarations qui ont été faites le sont également. Si vous me permettez, je dirais que nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt la dernière élection fédérale parce que les principaux partis étaient tous en faveur d'axer l'économie canadienne sur la connaissance. On a remarqué une volonté sincère de placer notre pays au premier rang de l'économie fondée sur les connaissances. On reconnaissait que c'était là la nouvelle voie dans laquelle les Canadiens devaient s'engager.

Il y a lieu de souligner que le Canada fait face à une concurrence mondiale et qu'il y a plusieurs autres pays bien organisés et très déterminés qui ont déjà décidé de mettre en place la masse critique dont la recherche a besoin dans divers secteurs pour attirer les investisseurs. C'est pourquoi il faut non seulement poursuivre dans la direction que nous avons choisie mais, étant donné que le Canada vise la première place dans ce domaine, nous devons être prêts à adopter des politiques énergiques pour que les investissements atteignent un niveau qui nous permette de conserver nos scientifiques.

Je vais m'arrêter ici, monsieur le président, et je serai heureux de répondre à vos questions.

Le président: Merci. Avant de demander à la vice-présidente, le sénateur LeBreton, de commencer à vous poser des questions, j'aimerais que vous me donniez d'autres renseignements. Si vous ne les avez pas avec vous, vous pouvez nous les envoyer.

Dr. McLennan, you recommended that a public awareness campaign be undertaken to explain to Canadians the benefits of biotechnology. I have been searching for, but have been completely unable to find, a layperson's understanding of what biotech and genomics are. I have a scientific background and have been able to read some things.

A public awareness campaign could not be undertaken unless there is material that, at least at the beginning, can be understood by the educated layperson. If that material is available in any form, can you send it to us? It would be very useful to the members of the committee.

Perhaps you want to comment on that. I have been looking for such material and have not found it. I keep asking people but they cannot seem to find it.

Dr. McLennan: I think you are right, Senator Kirby. There is not a nice, neat package. That is part of the problem. As Mr. Elston said, we as a community get beat up in the press with dramatic headlines that gloss over facts and individual statements, and the public becomes confused.

I would like to suggest that we contact the communications office in CIHR. I am not sure whether it has put this material together. If we have not done it, as a health research community we should do it.

The Chairman: By the way, you will not get a lot of sympathy from us for being beaten up by spectacular headlines. It is congenital to our occupation. I say welcome to the club.

Senator Morin: Several months ago there was a specific issue of *Scientific American* magazine on genomics that was very good.

The Chairman: Simply telling people it is glitzy and it is good is not even as effective as the Canadarm, which at least one can see.

Mr. Elston, I agree completely with your fourth point on the impact on the health care system of moving towards treating people individually rather than as part of a group.

What evidence have we got and what has been written on the impact of the developments of using genetic backgrounds to target treatment? You say it will have serious cost implications, which seems likely. Is anything available anywhere that — even in a ballpark sense — has expanded on your two paragraphs?

Mr. Elston: We have some information that is more exclusively identified with some new products that are occurring. For instance, some of the genetic research that is being done is being used now for diagnostics. Instead of taking several weeks to get diagnosis, you can shorten the time period. There are, in that sense, some savings.

I do not know that I would be able to identify a piece, but perhaps I can work on expanding those two paragraphs if you would permit me.

Docteur McLennan, vous avez recommandé que l'on lance une campagne de sensibilisation de la population pour expliquer aux Canadiens les avantages qu'offre la biotechnologie. J'ai cherché en vain une brochure qui expliquerait aux non-spécialistes ce que sont la biotechnologie et la génomique. J'ai une formation scientifique et j'ai lu un certain nombre de choses.

Il est impossible de lancer une campagne de sensibilisation du public sans avoir des documents qui, du moins au début, peuvent être compris par le non-spécialiste instruit. Si ce genre de document existe, pourriez-vous nous l'envoyer? Cela serait très utile pour les membres du comité.

Vous pourriez peut-être me dire ce que vous en pensez. J'ai cherché à me procurer ce genre d'information, mais je n'ai pas réussi à le faire. J'ai fait cette demande à plusieurs personnes, mais elles n'ont pas pu me fournir de réponse.

Dr McLennan: Je crois que vous avez raison, sénateur Kirby. Il n'existe pas de document tout fait. Cela constitue une partie du problème. Comme M. Elston l'a déclaré, la presse fait des manchettes dramatiques qui ne respectent guère les faits et les déclarations individuelles, et elle nous critique beaucoup; il n'est pas surprenant que le public ne sache pas à quoi s'en tenir.

Je propose que nous communiquions avec le service des communications de IRSC. Je ne sais pas si ce service a déjà préparé ce genre de document. Si cela n'a pas été fait, je crois que la communauté des chercheurs en santé devrait le faire.

Le président: Je dois vous dire que vous n'allez pas nous attendre beaucoup lorsque vous dites que l'on vous démolit dans les journaux. Cela vient avec nos fonctions. Je vous dirais que vous êtes bienvenus dans ce club.

Le sénateur Morin: Il y a quelques mois, j'ai lu un numéro spécial de *Scientific American* qui portait sur la génomique et qui était excellent.

Le président: Il ne suffit pas de dire aux gens que c'est un domaine de pointe prometteur; ce n'est pas comme pour le bras canadien, parce que lui au moins, on peut le voir.

Monsieur Elston, j'approuve tout à fait votre quatrième remarque au sujet de l'effet qu'aura sur le système de santé l'individualisation du traitement des malades.

Quelles sont les données et les études dont nous disposons sur l'impact de l'utilisation de la génétique pour cibler le traitement? Vous dites que cela risque d'avoir de graves conséquences sur les coûts, ce qui paraît probable. Existe-t-il quelque chose qui, même approximativement, donne plus de détails sur les points que vous abordez dans ces deux paragraphes?

M. Elston: Nous disposons de certaines données qui touchent plus particulièrement certains nouveaux produits en cours d'élaboration. Par exemple, on utilise à l'heure actuelle certains acquis de la recherche génétique pour établir des diagnostics. Il est maintenant possible de poser rapidement un diagnostic qui aurait auparavant pris plusieurs semaines. Cela représente, dans un certain sens, une économie.

Je ne sais si je pourrais trouver quelque chose là-dessus mais je pourrais peut-être essayer d'étoffer ces deux paragraphes, si vous me le permettez.

The Chairman: That would be helpful. A number of us are aware of examples where biotech drugs have recently been used. For example, where chemotherapy used to kill both the good and the bad cells, these new biotech drugs kill only the bad cells. There is no question as to the increased cost. In the one particular case with which I am personally familiar, because it was in my family, the cost of the drug was \$3,500 a shot. That was once a week, for four to six weeks. That makes it easy for me to believe your increased cost line.

It would be useful for the committee's report, the more information we could get.

Senator LeBreton: My question was precisely on the point that Senator Kirby raised on Dr. McLennan's recommendation of a public awareness campaign. How would this be done? More importantly, if we embark on a public awareness campaign, will this not then prematurely create expectations in the public that the new technologies cannot meet, or worse, put pressure on researchers to rush that period between the time of discovery and marketing?

I was watching a piece on *60 Minutes* on Sunday night in regard to clinical trials. If you educate the public about these new sciences and people are in desperate situations, you create an unwanted pressure on the whole clinical trial area.

When we talk about public awareness, is it perhaps something that could also work to the detriment of the science?

Dr. McLennan: Last weekend, the colleges of medicine in Canada, ACMC, had their annual meeting in Toronto. One of the presentations was on genomics. One of the presenters, spoke about what we must begin to do to educate medical students about the new genomics and genetics. Part of this public awareness campaign must start in our universities. We must do that right away, because these students must understand the jargon so that they can speak intelligently with their patients about it.

As a biochemist, I teach genetic engineering to my students. I know that in a class of 500 students, perhaps 10 per cent of them will become biochemists, but that is not the point. Every one, as Canadian citizens, should understand the fundamentals of genetic engineering, the potential benefits and so on. All of us, whether we like it or not, are walking around with mistakes in our genes. Most of it does not matter, because we have so much redundant DNA it will never show up. Ironically, the fact that we all have nicks in our DNA means that we are all unique. That is why DNA fingerprinting is such an excellent way to identify an individual.

Everyone should understand the science in lay terms and understand the potential. I do not think we should ever hesitate to

Le président: Cela serait utile. Certains d'entre nous connaissent quelques exemples de l'utilisation des médicaments biotechnologiques. Par exemple, alors que la chimiothérapie tue aussi bien les cellules saines avec les cellules malades, les nouveaux produits biotech ne tuent que les cellules malades. Il est certain que cela coûte plus cher. Je connais personnellement un cas, parce que c'était dans ma famille, où la dose de médicament coûtait 3 500 \$. Il en fallait une par semaine, pendant quatre à six semaines. C'est pourquoi je n'ai pas de mal à vous croire lorsque vous dites que les coûts vont augmenter.

Nous aimerions avoir le plus d'informations possible pour notre rapport.

Le sénateur LeBreton: Ma question portait précisément sur la remarque qu'a fait le sénateur Kirby au sujet de la campagne de sensibilisation du public que recommandait le Dr McLennan. Comment procéder? Et surtout, si nous lançons effectivement une telle campagne, est-ce que cela ne risque pas de susciter dans la population des attentes prématurées que les nouvelles technologies ne réussiront pas à combler, ou pire encore, d'inciter les chercheurs à raccourcir la période séparant la découverte de sa commercialisation?

Dimanche soir, il y avait une partie de l'émission *60 Minutes* qui concernait les essais cliniques. Si l'on informe la population des possibilités qu'offrent ces nouvelles sciences, les personnes qui se trouvent dans des situations désespérées vont exiger qu'on les soigne et cela va créer des pressions non souhaitables sur l'étape des essais cliniques.

En fait, ne risque-t-on pas de nuire à la science si l'on sensibilise la population à ces questions?

Dr McLennan: La fin de semaine dernière, l'Association des facultés de médecine du Canada, l'AFMC, a tenu son assemblée annuelle à Toronto. Une des conférences portait sur la génomique. Un des conférenciers a parlé du fait qu'il fallait commencer à former les étudiants en médecine dans le nouveau domaine de la génomique et de la génétique. La sensibilisation de la population doit aussi se faire dans nos universités. Nous devons commencer maintenant parce qu'il faut que les étudiants connaissent les termes spécialisés pour pouvoir en parler intelligemment avec leurs patients.

En tant que biochimiste, j'enseigne le génie génétique à mes étudiants. Je sais que dans une classe de 500 étudiants, il y en aura peut-être 10 p. 100 qui deviendront des biochimistes, mais ce n'est pas là que je voulais en venir. Tous les citoyens canadiens devraient comprendre les notions fondamentales du génie génétique, et connaître les avantages que l'on peut en retirer, par exemple. Que cela nous fasse plaisir ou non, nous avons tous des défauts dans nos gènes. La plupart de ces défauts ne sont pas gênants, parce que nous avons tellement d'ADN en trop que cela ne paraît pas. En fait, c'est parce que nous avons tous des petits défauts dans notre ADN que nous sommes uniques. C'est ce qui explique que l'empreinte génétique soit une excellente façon d'identifier quelqu'un.

Tout le monde devrait comprendre la science expliquée en termes simples et savoir ce qu'elle peut offrir. Je ne pense pas que

tell people the truth about the potential of new research findings and treatments.

I share your concern in this sense, that if I go in to see my doctor and he says, "You have a set of genes that predisposes you to colon or prostate cancer," and I say, "Fine, what can you do for me?" He will say, "Well, nothing yet." That is probably a truthful statement. However, no one can predict how quickly the profession will be able to improve treatments, regimens and so on.

There is no hesitation in my mind to providing the information and getting it out in the public. People have a right to know. There is nothing to fear there.

What bother me are the sensational headlines that scare people. This returns to Senator Kirby's first question: how do we educate people? That is a challenge for all of us. Scientists and researchers are becoming much better at devoting more time to talking about the benefits of research and so we should. There is a long way to go yet.

Part of the problem is time and part is funding, but those are not acceptable excuses to me. Whether we start with the textbooks, or clips on the Discovery or Learning Channel, we must do it.

Senator LeBreton: The other part of that is the pressure it puts on the researchers because if the public is educated, there is an expectation that there will be a treatment soon to hit the market and they are waiting. I wonder what that does to the people who are charged with the responsibility of developing a particular drug.

Dr. McLennan: It is no different than the pressure on physicians today when someone comes in and they expect instant cures. Everyone expects to leave the office with some medication. The over-prescription of antibiotics comes to mind. Why does that happen? Part of it is pressure. The patient comes into the office and expects the doctor to do something for them. Sometimes there is nothing they can do and the best thing is to go home and have a drink of juice and get some sleep.

There is pressure, and one should not promise more than one is able to deliver, but this is a cumulative process.

Mr. Elston: I do see a positive element in that pressure; that type of pressure sustains the need for critically funding particularly our public sector universities at all levels. We have slipped in sustaining the level of activities in those areas. I am not a scientist, and that is both an unfortunate and perhaps positive event, because I do not have any personal benefit to get from this except as a member of the public.

We must be aware that the pressure to find new and better outcomes for patients, which is driving what is excellent research in Canada, must be now sustained by a public answer to permit these people to do work in a better and broader fashion.

nous devrions hésiter à dire la vérité à la population au sujet des possibilités qu'offrent les nouvelles découvertes et les nouveaux traitements.

Je comprends votre préoccupation dans le sens que, si je vais voir mon médecin et qu'il me dise: «Vous avez des gènes qui vous prédisposent à avoir le cancer du côlon ou de la prostate» et que je lui demande «Très bien, que peut-on faire?», il me répondra: «Eh bien, pour le moment rien». C'est sans doute la vérité. Cependant, personne ne peut prévoir avec quelle rapidité la profession va réussir à améliorer les traitements, les régimes de vie et le reste.

Je suis convaincu qu'il faut informer la population. Les gens ont le droit de savoir. Il n'y a rien à craindre ici.

Ce qui me dérange, ce sont les articles à sensation qui font peur aux gens. Cela me ramène à la première question du sénateur Kirby: comment instruire les gens? C'est une question que nous nous posons tous. Les scientifiques et les chercheurs font des progrès dans ce domaine, ils consacrent davantage de leur temps à parler des avantages que l'on retire de la recherche, et cela est bon. Cependant, il y a encore beaucoup à faire.

Les contraintes de temps et d'argent expliquent en partie le problème mais pour moi, ce ne sont pas là des excuses acceptables. Commençons par les manuels scolaires ou par des émissions sur le canal Découverte ou le Learning Channel, peu importe, il faut le faire.

Le sénateur LeBreton: L'autre aspect, c'est la situation des chercheurs; si la population est informée, elle va s'attendre à avoir rapidement accès au traitement attendu et cela va exercer des pressions sur les chercheurs. Je me demande comment cela affecte les personnes qui sont chargées de mettre au point un médicament donné.

Dr McLennan: Cela n'est pas différent de ce que connaissent les médecins; lorsqu'un malade va les voir, il s'attend à être guéri sur-le-champ. Tout le monde s'attend à quitter le bureau du médecin avec une ordonnance. On peut penser à la surutilisation des antibiotiques. Comment expliquer cela? C'est en partie la pression. Le malade vient dans le bureau du médecin et s'attend à ce que celui-ci fasse quelque chose. Bien souvent, il ne peut rien faire et la meilleure chose serait de dire au patient de rentrer chez lui, de boire un verre de jus et de dormir.

Il y a des pressions et on ne devrait pas promettre plus que l'on ne peut donner, mais il y a un effet cumulatif.

M. Elston: Je vois un aspect positif dans cette pression; ce genre de pression fait ressortir la nécessité d'accorder des fonds, en particulier à tous les niveaux de nos universités publiques, parce que cela est essentiel. Nous n'avons pas réussi à maintenir le niveau d'activités qui devrait exister dans ces domaines. Je ne suis pas un scientifique, et c'est à la fois regrettable et peut-être positif, parce que je n'ai aucun intérêt personnel à défendre, si ce n'est à titre de citoyen canadien.

Nous devons être conscients du fait que la pression exercée pour trouver des nouveaux traitements plus efficaces pour nos malades, et qui motive nos chercheurs, doit déboucher sur des mesures publiques qui donneront à ces personnes la possibilité de mieux faire leur travail.

While people are waiting for these discoveries to become publicly available, it will drive the public policy to say that we have a stake as a government — both as a funder of health care and also as managers of the well-being of society — to get involved in a much more direct and positively financial way.

Senator LeBreton: My next question relates to the rapidly changing world and new technologies. I asked this question of the radiologists when they were here.

People going through university today are able to receive up-to-date information on biotechnology and genetic research. What about medical practitioners in the field at present? How are they brought up to speed?

Mr. Elston: It is important that we renew our professional groups and participate in helping others to improve their access. I defer to the honourable senator who knows more about this than I do, but new graduates from medical schools are critically involved in electronic and information technology. Some existing practitioners are adopting IT in massive new ways. These are critical tools for making sure that people remain current.

May I make one observation? This raises the question: how do we keep our professionals involved in updating when this profession, over the last 35 or 40 years, has already seen tremendous changes? They have demonstrated an ability to keep pace, though not without difficulty. We have provided some useful tools to sustain them in the changes, but we entrust to certain people, like Dr. McLennan, the teaching of the next generations in the use of necessary tools.

Returning to my observation about the failings apparent in our health care system, the introduction of new technologies into the system has always caused concern and stress. Yet, we have taken on these new technologies, the new therapies, the new pharmaceuticals, the use of CT scanners and MRIs and other such things. While we should continue to discuss how best to introduce such new tools, I urge people not to run scared from new technology. New technologies have allowed us to make quantum leaps in providing good outcomes for patients in ways that our Canadian pioneers could never have foreseen, such that certain diseases now no longer kill people.

Do not be afraid of new technology. Do not fear the ability of the profession to keep pace, despite the struggle. We have demonstrated in recent years just how well we cope. We may move slowly at first and we may need support, but we are in very good condition, in my view.

Dr. McLennan: The concern about practitioners or professionals keeping up to date, regardless of profession, is not new. We have in the medical world, continuing medical education programs, seminars, conferences, refresher courses and programs for individual practitioners.

Le fait que la population attende la commercialisation de ces découvertes va amener le gouvernement à constater, en tant que financier des soins de santé mais aussi en tant que responsable de la qualité de vie de la population, qu'il doit participer de façon beaucoup plus directe et positive sur le plan financier.

Le sénateur LeBreton: Ma question suivante concerne le fait que notre monde et les nouvelles technologies évoluent rapidement. J'ai posé cette question aux radiologues lorsqu'ils étaient ici.

Les gens qui étudient à l'université aujourd'hui reçoivent de l'information à jour sur la biotechnologie et la recherche génétique. Quelle est la situation des médecins praticiens? Quel genre de formation reçoivent-ils?

M. Elston: Il est important de renouveler les connaissances de nos professionnels et d'aider les autres à améliorer leur accès à ces connaissances. Je m'en remets à l'honorable sénateur qui en sait beaucoup plus que moi dans ce domaine, mais les jeunes diplômés des facultés de médecine s'occupent activement d'informatique et de technologie de l'information. Il y a des praticiens qui ont recours massivement aux technologies de l'information. Ce sont des outils essentiels pour mettre à jour les connaissances.

Puis-je faire une remarque? Cela soulève la question suivante: comment faire pour que nos professionnels se recyclent à un moment où cette profession a connu des changements considérables depuis 35 ou 40 ans? Ils ont démontré qu'ils étaient capables de suivre le rythme du changement, mais cela n'a pas été sans mal. Nous leur avons fourni les moyens de suivre l'évolution de la science et nous avons confié à certaines personnes, comme le Dr. McLennan, le soin d'enseigner aux générations suivantes la façon d'utiliser les outils dont ils auront besoin.

Pour revenir à ma remarque sur les lacunes apparentes de notre système de santé, il faut dire que l'introduction de nouvelles technologies a toujours causé des inquiétudes et des tensions. Cela ne nous a toutefois pas empêchés d'adopter ces nouvelles technologies, les nouvelles thérapies, les nouveaux médicaments, les tomomodensimètres et les IRM et le reste. Il est évident que nous devons continuer à rechercher la meilleure façon d'utiliser ces nouveaux outils mais je souhaiterais que les gens n'aient pas peur de la nouvelle technologie. Ces nouvelles technologies nous ont permis de faire des progrès inimaginables dans le traitement des maladies; nous avons fait des découvertes que les pionniers canadiens n'auraient jamais pu prévoir, de sorte que de nos jours il y a des maladies qui ne tuent plus.

N'ayez pas peur de la nouvelle technologie. Ne craignez pas que les médecins n'arrivent pas à suivre le rythme, malgré les difficultés. Nous avons fait la preuve ces dernières années que nous étions capables de nous adapter. Nous allons lentement au début et nous avons parfois besoin de soutien mais la situation est, d'après moi, excellente.

Dr. McLennan: Le souci de veiller à ce que les professionnels se tiennent au courant, quelle que soit leur discipline, n'est pas nouveau. En médecine, nous avons des programmes d'études médicales permanentes, des séminaires, des conférences, des cours de recyclage et des programmes individualisés pour les médecins.

Clinical practice guidelines are developed from time to time. Accreditation programs ensure certain standards in the teaching of medical students and other professionals. However, professionals must take the initiative to keep themselves up to date when the information is presented. Most people are responsible enough to do that.

I agree with Mr. Elston that we should not fear change. History has shown that we do successfully adapt to new technologies and our health care system benefits from that. Despite all the complaints about health care in Canada, we have an excellent system. Yes, it needs some fine-tuning, but we can do that.

Mr. Elston: I have heard about an Internet experiment undertaken by a physician in Strathroy, Ontario, which is bringing together a group of rural physicians. As their time allows, they can consult each other on their different cases over the Internet and share their observations. That type of interaction was not possible even a few years ago. Now it is helping professionals to remain current and to be involved in the kind of peer educational activity that reduces concern for the practitioners because they can share their problems and find solutions together.

I find that to be an absolutely amazing development. It was not generated by any policy document saying "thou shalt" but it arose from a need, and now it is diminishing the isolation of some rural practitioners.

Senator Fairbairn: I want to add a dimension to the discussion on awareness and public understanding. I take your admonition that we not be afraid. We saw a vivid example of that fear at work in another Senate committee several years ago. We had moved into a few supposedly innocent hearings on bovine growth hormone. Suddenly we found ourselves overwhelmed. We faced a fear that was based on a sense of not understanding and also based on the vital connection of the subject to the daily lives of most Canadians. That subject was milk.

We saw a torrent of anxiety, fear and abuse all over because people did not understand the issue. Even in the end, I am not sure the understanding came but we as a country decided not to approve the use of the hormone.

I was left with a real anxiety about this rapidly growing area of science. It is so technical and so complex and so far from the ordinary scope of language and comprehension in our daily lives. For the health care system and the doctors in it, technology is one of the most potent challenges — even with all the good things it brings. I agree with you, Mr. Elston, that we do have a good

Nous élaborons aussi des lignes directrices concernant les pratiques cliniques. Les programmes d'agrément permettent d'établir certaines normes pour les cours destinés aux étudiants en médecine et aux autres professionnels. Néanmoins, c'est aux professionnels de prendre l'initiative de se tenir au courant de ce qui se fait. La plupart des gens sont suffisamment responsables pour le faire.

Je suis d'accord avec M. Elston lorsqu'il dit qu'il ne faut pas avoir peur du changement. L'histoire a montré que nous sommes effectivement capables de nous adapter aux nouvelles technologies et que notre système de santé peut en profiter. Malgré toutes les plaintes qui sont formulées au sujet du système de santé canadien, il demeure que notre système est excellent. Il est vrai qu'il faut l'ajuster un peu, mais nous pouvons le faire.

M. Elston: J'ai entendu parler d'une expérience sur Internet qu'a lancée un médecin de Strathroy, en Ontario, et qui a pour but de regrouper des médecins de campagne. Selon le temps dont ils disposent, ils se consultent mutuellement par Internet sur leurs dossiers et se communiquent leurs observations. Ce genre d'interaction n'aurait pas été possible il y a seulement quelques années. Ces techniques aident maintenant les professionnels à se tenir à jour et à participer à des activités éducatives avec leurs pairs; les praticiens ont ainsi la possibilité de se communiquer leurs problèmes et de trouver ensemble des solutions, ce qui est précieux pour eux.

Je trouve que cette initiative est vraiment étonnante. Elle ne vient pas d'un document gouvernemental qui obligerait les médecins à le faire mais elle a découlé d'un besoin et maintenant, cette technologie rompt l'isolement de certains médecins de campagne.

Le sénateur Fairbairn: J'aimerais mentionner un autre aspect de la question de la sensibilisation du public et de son information. Je veux parler de votre avertissement selon lequel il ne faut pas avoir peur de ces choses. Nous avons vu un exemple réel de l'effet que peut avoir ce genre de peur dans un autre comité sénatorial il y a quelques années. Nous avions commencé à tenir quelques séances qui devaient être tout à fait anodines au sujet de l'hormone de croissance pour les bovins. Tout à coup, nous avons été dépassés par les événements. Nous avons été confrontés à une peur qui était fondée sur le sentiment de ne pas comprendre les enjeux et également sur l'existence d'un lien vital entre la chose en question et la vie quotidienne de la plupart des Canadiens. Cette chose était le lait.

Nous avons assisté à un déferlement de peur, de colère, à des manifestations d'angoisse, tout cela parce que les gens ne comprenaient pas le problème. Et même à la fin, je ne suis pas sûre que ce problème ait été compris mais sur le plan national, nous avons décidé de ne pas approuver l'utilisation de cette hormone.

C'est pourquoi j'ai conservé une certaine inquiétude à l'égard de ce domaine scientifique en constante évolution. Ce domaine est si technique, si complexe, et si loin de notre vie quotidienne. Pour le système de santé et les médecins qui y travaillent, la technologie est un des plus grands défis qui se posent à eux, même avec tous les avantages qu'elle offre. Je suis d'accord avec

system. Much of the anxiety in the debate arises from our lack of understanding and so the debate may seem at times to attack the system.

I want to raise an extra element, which affects my life greatly, and that is the large number of Canadians who have difficulty in reading, in writing, in understanding in a functional way, some of the most routine things we take for granted as part of our daily lives. Over 40 per cent of Canadians face varying degrees of difficulty in these routine activities.

When you discuss public awareness and public education in your professional groups, you must factor in the 8 million Canadians who cannot read and understand properly the messages sent out on television and, particularly in print, about most of our new discoveries and new patterns of activity. Many people in Canada do not understand what is happening. Nowhere is that lack of comprehension more frightening than in the field of medicine, from biotechnology to reading a prescription on a drug bottle.

It is not just your good old public awareness campaign that we have all been involved, in one way or another. Public education sounds great. You pump out the material and think, "Okay, we have done that. Get on to the next thing." You have to know before you go in that, with the regular routine way that we have communicated, you are not reaching them.

Mr. Elston: That is the challenge for us. Particularly for our industry, it is absolutely critical that there is a good explanation. We have actually developed some programs where we have provided material that forms the backdrop for presentations by physicians or pharmacists or others who visit groups of individuals — for example seniors or a group of employees in an office structure. The programs consist of a verbal presentation as well as some written material, and then there is an aide to help keep their medicines straight.

The interesting thing is the intervention of some programming, especially TV channels. I think the Discovery channel is a wonderful tool. I understand it will not reach everyone, but it does attempt to popularize the discussion of some interesting scientific areas. From time to time, I have gone through some of their presentations. The presentation that was done on the History channel about the discovery of insulin in Canada was an excellent profile. Those types of interventions, which are more in the tradition of a verbal explanation of what is going on, are aids to us. They are not solutions, but in our world we have to make sure we do not forget any of those vehicles.

Senator Morin: I congratulate you on the remarkable work you have been doing over the years.

You recommend investing 1 per cent of the total health care expenditure in Canada, which is about \$86 billion, in health

vous, monsieur Elston, lorsque vous dites que nous avons un bon régime de santé. Une bonne partie de l'inquiétude qui alimente ce débat vient de notre incapacité à comprendre ces questions et c'est pourquoi il vous semble parfois que l'on critique en fait le système.

J'aimerais soulever un autre élément, qui me touche beaucoup personnellement; c'est le grand nombre de Canadiens qui ont du mal à écrire, à lire, à comprendre sur le plan fonctionnel, des choses qui sont faciles pour nous et qui font partie de notre vie quotidienne. Plus de 40 p. 100 des Canadiens éprouvent des difficultés, plus ou moins graves, à exercer ce genre d'activités courantes.

Lorsque vous parlez de sensibiliser et d'informer le public dans vos groupes de professionnels, vous devez tenir compte des 8 millions de Canadiens qui ne savent pas lire et ne comprennent pas bien les messages qui paraissent à la télévision, en particulier lorsqu'ils sont imprimés, au sujet de nos découvertes et de ces nouvelles activités. La plupart des Canadiens ne comprennent pas ce qui est en train de se produire. Ce manque de compréhension est particulièrement inquiétant dans le domaine de la médecine, qu'il s'agisse de biotechnologie ou de lire le mode d'emploi d'un médicament.

Il ne s'agit pas d'une campagne de sensibilisation du public comme les autres auxquelles nous avons tous déjà participé d'une façon ou d'une autre. Informer la population semble être une excellente chose. On produit des brochures et l'on pense: «Très bien, voilà qui est fait. Passons à autre chose». Il faut savoir au départ que, si l'on utilise les moyens de communication habituels, nous n'allons pas rejoindre ces personnes.

M. Elston: C'est le défi qui se pose à nous. En particulier pour notre industrie, il est absolument essentiel d'expliquer correctement les choses. En fait, nous avons mis au point des programmes pour lesquels nous avons rédigé du matériel didactique qui viennent appuyer les conférences données par des médecins ou des pharmaciens ou d'autres personnes qui visitent des groupes, par exemple, des personnes âgées ou des groupes d'employés. Ces programmes comprennent un exposé oral ainsi que la distribution de matériel écrit et il y a également un dispositif qui les aide à ne pas se tromper dans le choix de leurs médicaments.

Il est intéressant de noter qu'il y a des émissions qui abordent ces sujets, en particulier les chaînes télévisées. Je pense que le canal Découverte est un excellent moyen de découvrir ces questions. Je sais que tout le monde n'y a pas accès mais il s'efforce de vulgariser certains domaines scientifiques intéressants. De temps en temps, j'ai regardé ces émissions. L'émission qu'a diffusée la chaîne Historia au sujet de la découverte de l'insuline au Canada était excellente. Ce genre d'émission utilise la communication orale et nous aide beaucoup. Cela ne résout pas tout mais dans notre monde, il faut veiller à ne pas oublier ces outils-là.

Le sénateur Morin: Je vous félicite pour le travail remarquable que vous avez accompli.

Vous recommandez que l'on investisse 1 pour cent du budget total de la santé au Canada, qui représente 86 milliards de dollars,

research. What would be the effect on the quality and cost of our health care system if we did that?

I would like to make a comment, Mr. Chair. Mr. Elston, as you know, is Chairman of the Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies, which is really putting up a fight — which I think is very important at the present time — as defenders of intellectual property rights. There is a very close link — I know we are not talking about this today — between those rights and health research in this country. I hear there is a possibility of this being considered again in the fall. I would hope that this would come to this committee and not to a committee that is strictly interested in finances and banking, as it has in the past.

The Chairman: I do not disagree with you at all on that. I would be happy to raise that with Senate leadership.

Senator Morin: According to public ministerial statements, and Mr. Elston probably knows about this, there may be a review of the whole system.

Mr. Elston, I have two questions. It costs \$750 million Canadian for a drug. How much of it is non-clinical, and how much of it is clinical, approximately? In the billion dollars that your organization spends in Canada, how much is basic? If you do not have the answer, you could send it to the committee. I think that is important. How much is basic, and how much is clinical?

You referred, and I think are you quite right, to the problems of the regulatory process in Health Canada. What are the effects on our health care system of these problems at the present time?

Dr. McLennan: On your question on the 1 per cent, if I may, Mr. Chairman, the notion of 1 per cent as a reasonable portion of investment in health research compared to our total health expenditures is not a new idea. Many jurisdictions around the world have pushed this notion. I might add that the Fyke commission, which reported recently in Saskatchewan on health care, recommends 1 per cent, and I was happy to see that.

Why 1 per cent? The first point is that investing in health research gives you an immediate win-win situation. First, most of the research money goes to pay salaries; that creates jobs and pays taxes. Second, you will immediately address the brain-drain issue in this country and keep our bright and best in Canada. However, the big win for all of us, as Canadians, is that that investment returns a benefit in providing better health care. In other words, the delivery of health care depends on having the best treatments and the best procedures in place and so on. That is research. We use the phrase "evidence-based medicine." What does that mean? That means that you practice medicine on the basis of evidence, which is the research. There is an immediate win-win there.

pour la recherche médicale. Quel serait l'effet d'une telle dépense sur la qualité et le coût de notre système de santé?

J'aimerais faire un commentaire, monsieur le président. M. Elston est, comme vous le savez, le président des Compagnies de recherches pharmaceutiques du Canada, qui défendent avec beaucoup de vigueur, ce qui me paraît important à l'heure actuelle, les droits de propriété intellectuelle. Il y existe un rapport très étroit, je sais que ce n'est pas le sujet dont nous parlons aujourd'hui, entre ces droits et la recherche médicale dans ce pays. On m'a dit que cette question serait réexaminée à l'automne. J'espère que cette question sera confiée à notre comité et non pas à un comité qui s'intéresse uniquement aux finances et aux banques, comme cela s'est produit dans le passé.

Le président: Je suis tout à fait d'accord avec vous sur ces points. Je serais heureux de soulever cette question avec la direction du Sénat.

Le sénateur Morin: D'après les déclarations publiques qu'ont fait certains ministres, et M. Elston est sans doute au courant de cela, il est possible que ce système soit complètement révisé.

Monsieur Elston, j'aurais deux questions. Il faut dépenser 750 millions de dollars canadiens pour mettre au point un médicament. Pouvez-vous me dire, approximativement, comment cette somme se répartit entre les aspects cliniques et non cliniques? Quelle proportion du milliard de dollars que votre organisation dépense au Canada est consacrée à la recherche fondamentale? Si vous n'avez pas la réponse, vous pourriez peut-être l'envoyer au comité. Cela me paraît important. Quelle est la répartition entre la recherche fondamentale et la recherche clinique?

Vous avez mentionné, je crois que vous avez tout à fait raison de le faire, les problèmes de réglementation qui existent à Santé Canada. Quelles sont les répercussions qu'ont à l'heure actuelle ces problèmes sur notre système de santé?

Dr McLennan: Pour ce qui est de votre question au sujet du 1 pour cent, je dois signaler, si vous me le permettez, monsieur le président, que l'idée de consacrer une proportion raisonnable, soit 1 pour cent, de nos dépenses en matière de santé à la recherche médicale n'est pas nouvelle. De nombreux pays ont défendu cette idée. Je pourrais ajouter que la commission Fyke, qui vient de présenter récemment en Saskatchewan un rapport sur la santé, recommande ce pourcentage de 1 pour cent; j'ai d'ailleurs été heureux de constater cela.

Pourquoi avoir choisi 1 pour cent? Le premier point est que les investissements dans la recherche médicale profitent à tout le monde. Tout d'abord, la plus grosse partie des fonds de recherche sont versés en salaires; cela crée des emplois et remplit les coffres de l'État. Deuxièmement, cela permet de contrer l'hémorragie des cerveaux et de conserver nos meilleurs éléments au Canada. Mais le plus gros avantage pour tous les Canadiens est que cet investissement permet d'améliorer les soins de santé. Autrement dit, la qualité des soins de santé dépend de celle des traitements et des techniques utilisés. C'est là ce qu'offre la recherche. Nous utilisons l'expression «fonder sur l'expérience clinique». Qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que l'on pratique une

One per cent of the Canadian health care expenditures would be roughly \$1 billion. Even with the increases made — and I compliment the Government of Canada for doing this — for CIHR funding, we are less than \$500 million. We are a long way from 1 per cent, even now. The game plan, as I said in my comments, was to wrap up to 1 per cent. Many people say that by the time we get there, perhaps the number should be 2 per cent, but it does not really matter. The point is that you get a return on that investment right away, and that is why it makes such economic sense. It makes health sense to invest 1 per cent.

Mr. Elston: I will provide a breakdown at a later date on the clinical basic research and the numbers associated with that investment of \$1 billion dollars. I can say in relation to the material that, prior to the introduction of Bill C-22, we were doing about \$100 million worth of research, and now we are over \$1 billion. We have grown. We have collaborations now. This is a bit of an advertisement for another group with which I am associated in a partnership in terms of representing Rx&D, and that is with the CIHR, which is the new iteration of the MRC. We have developed a collaboration that has been expanding the partnerships of the public and private sector to have a fund and peer-reviewed research.

Regulatory delays two effects on us. They prevent products coming to our patients here in Canada as quickly as they should. I think a good example is a product for the treatment of asthma, which was discovered in Montreal. It was applied for approval at the same time in Canada and the United States. The United States was number one in the approvals of that product for use, and Canada was number 29. The cost or the effect of a product that has helped a number of people had been the fact that they had been without it and were delayed in receiving it against other people who should have received it.

The other issue is a more interesting one for us. When people confront the Canadian regulatory scene they will look first particularly in the biocompanies, which are coming very close to launching products in that way. There are a number of success stories in Canada waiting to be identified. They are looking now to the United States to get their approvals done, because not only can they get a more efficient system in the FDA, but they also have a system that is effectively assisting them understand what the regulatory process is about. In Canada, there is an aloofness that prevents the type of assistance to these small companies that do not necessarily have all of the elements of understanding of the extremely difficult or complex regulatory system.

We have two costs. The first is delay. Second, we have a loss of perhaps the ability to keep those biocompanies here in Canada. It is a shame to lose the ingenuity that has come so close to successful launches by seeing another jurisdiction pick it up as a

médecine fondée sur les résultats cliniques, c'est-à-dire sur la recherche. Là encore, tout le monde en sort gagnant.

1 pour cent des dépenses du Canada en matière de santé représente 1 milliard de dollars environ. Même avec l'augmentation du budget de IRSC, et je félicite le gouvernement du Canada de l'avoir fait, nous n'atteignons pas encore 500 millions de dollars. Nous sommes encore loin d'avoir investi 1 pour cent, même à l'heure actuelle. Le projet, comme je l'ai dit dans mes commentaires, était d'en arriver à 1 pour cent. Il y a beaucoup de gens qui disent que, lorsque nous arriverons à ce niveau, il faudra peut-être plutôt parler de deux pour cent, mais cela n'est pas important. L'idée essentielle est que ce genre d'investissement rapporte immédiatement et c'est pourquoi l'on peut dire qu'il est rentable. Il est rentable pour le système de santé d'investir 1 pour cent dans la recherche.

M. Elston: Je vous fournirai plus tard la répartition des dépenses cliniques et autres ainsi que les chiffres correspondant à cet investissement de 1 milliard de dollars. Je peux dire qu'avant la présentation du projet de loi C-22, notre budget de recherche était de 100 millions de dollars, maintenant il représente plus de 1 milliard de dollars. Il a grossi. Nous travaillons en collaboration avec d'autres maintenant. Cela fait un peu de publicité pour un autre groupe auquel je suis associé dans un partenariat pour ce qui est de représenter la Rx&D, et il s'agit de ISRC, l'entité qui a remplacé le Conseil de recherches médicales. Nous collaborons pour étendre les partenariats entre le secteur public et le secteur privé en vue de créer un fonds de recherche qui accordera des subventions approuvées par d'autres scientifiques.

Les retards dus à la réglementation ont deux effets sur nous. Ils empêchent nos patients d'avoir accès à ces produits aussi rapidement qu'ils devraient pouvoir le faire au Canada. Je crois qu'un bon exemple est celui du médicament pour l'asthme qui a été découvert à Montréal. La demande d'approbation a été présentée en même temps au Canada et aux États-Unis. Les États-Unis ont été les premiers à approuver l'utilisation de ce médicament et le Canada le 29e pays à le faire. Ce retard a eu pour effet d'empêcher des personnes qui en avaient besoin d'avoir accès à ce médicament.

Le deuxième aspect est plus intéressant de notre point de vue. Lorsque les gens examinent le régime de réglementation canadien, ils étudient en premier lieu les entreprises de biotechnologie, qui réussissent presque à lancer leurs produits de cette façon. Il y a au Canada un certain nombre de grands succès qui attendent d'être reconnus. Ces entreprises font maintenant approuver leurs produits aux États-Unis, parce qu'ils ont non seulement accès à un système plus efficace qui est celui de la FDA, mais aussi à un système qui les aide à comprendre le processus de réglementation. Au Canada, il y a un manque d'intérêt apparent de la part des fonctionnaires et les petites entreprises qui n'ont pas toujours les moyens de savoir exactement ce qu'exige notre système de réglementation ne reçoivent aucun appui.

Cela nous nuit de deux façons. Il y a d'abord le retard. Deuxièmement, cela nous empêche de conserver ces entreprises ici, au Canada. Il est très regrettable de perdre tous les chercheurs qui sont venus si près de commercialiser un produit et de voir un

result of what are just some barriers that can be straightened away without a lot of effort.

The Chairman: I thank the witnesses for coming. Let me make one comment. I do not want to get into a debate. Dr. McLennan, on your recommendation on the Personal Information Protection and Electronic Documents Act, I do not think there is any chance that the federal government will agree to set up a task force. Let me be very clear on why I say that.

This committee went out on a limb 18 months ago and took considerable negative comment from the minister on down, because we amended the act to give a two-year grace period. Even for those of us who recognized the problems of applying the old Bill C-6, it is very hard to be sympathetic when, 15 months after we gave everybody 24 months, people said that we needed a task force.

The notion of an extension is probably not in the cards. Our intent, when we gave people the two years, was to keep their feet to the fire. If they did not respond, then so be it. We are sympathetic to your problem and that is why we gave the 24 months. The people in the research community had better move quickly and come up with a solution to the problem, otherwise you will be stuck with Bill C-6, which none of us wants. However, having given you 24 months, it is not unreasonable that we expected someone to come forward with a solution by now. I do not want to debate that, I just want to pass along some free political advice.

Dr. McLennan: Your comments are well taken. We do not have time to talk about the history of this and it does not matter. We have to deal with the issues on the table. We have had meetings with Industry Canada officials recently. The problem is this: What is defined as "commercial activity" is unclear; what is defined as "identifiable individual" is unclear; and the interpretations will be left up to the Privacy Commissioner and the courts. There is not a researcher in this country that would want to begin a research project with those uncertainties.

The Chairman: Various members of this committee have said that until the research committee comes to us with the definition that they want on those two questions, our hands are tied. If someone can come up with the legal drafting that will deal with those two issues, we will do it by regulation or, if need be, we could try to amend the act, although that is a pain. I believe it is doable by regulation. However, so far, everyone talks about it and they all wring their hands, but nobody puts pen to paper to state the legal way to deal with the problem. You cannot expect us to do that, since you are the ones who understand the problem. I leave that with you with a pleading that you come back before us with an answer that we can work with.

autre pays en profiter à cause d'un certain nombre d'obstacles qui pourraient être aplanis très facilement.

Le président: Je remercie les témoins d'être venus aujourd'hui. Permettez-moi de faire un commentaire. Je ne veux pas lancer un autre débat. Docteur McLennan, pour ce qui est de votre recommandation au sujet de la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques, je ne pense pas qu'il soit réaliste de penser que le gouvernement fédéral va accepter de constituer un groupe de travail. Je vais vous dire exactement pourquoi.

Notre comité a pris un gros risque il y a un an et demi, risque qui lui a d'ailleurs valu de vives critiques de la part du ministre et du reste de son ministère, lorsqu'il a modifié la loi pour accorder une période de grâce de deux ans. Pour les membres du comité qui ont reconnu qu'il serait difficile d'appliquer l'ancien projet de loi C-6, il est très difficile d'entendre aujourd'hui, c'est-à-dire 15 mois après avoir accordé un délai de 24 mois, des gens dire qu'il faut maintenant constituer un groupe de travail.

Ce délai ne sera sans doute pas prolongé. Nous voulions, au moment où nous avons accordé cette période de grâce de deux ans, que tout le monde sache qu'il y avait une date butoir. Les personnes concernées n'ont pas réagi, et nous n'y pouvons rien. Nous sommes sensibles à ces difficultés et c'est pourquoi nous avons accordé un délai de 24 mois. Il faudrait que les chercheurs agissent rapidement et trouvent le moyen de régler ce problème, sinon ils vont être obligés de vivre avec le projet de loi C-6, une mesure législative que personne ne souhaite voir adopter. Cependant, après vous avoir donné un délai de 24 mois, il n'est pas déraisonnable de s'attendre à ce que quelqu'un propose une solution. Je ne veux pas débattre de cette question, mais je voulais simplement vous donner quelques conseils politiques gratuits.

Dr. McLennan: Vos observations sont tout à fait justes. Nous n'avons pas le temps de parler de cela ici et cela ne fait rien. Il faut parler des questions qui sont à l'ordre du jour. Nous avons rencontré des représentants d'Industrie Canada il n'y a pas longtemps. Le problème est le suivant: personne ne sait comment définir l'expression «activité commerciale», ni comment définir «personne désignée», l'interprétation de ces expressions sera confiée au Commissaire à la protection de la vie privée et aux tribunaux. Il n'y a pas un chercheur canadien qui serait prêt à démarrer un projet de recherche avec autant d'incertitude.

Le président: Plusieurs membres de notre comité ont déclaré que, tant que le comité de la recherche ne nous aura pas fourni les définitions qu'ils souhaitent avoir sur ces deux points, nous ne pourrions rien faire. Si quelqu'un peut rédiger, sous une forme juridique, des solutions permettant de régler ces deux questions, nous pourrions procéder par voie de règlement ou, si cela est nécessaire, nous pourrions essayer de modifier la loi, même si cela n'est pas facile. Je pense que l'on pourrait le faire en adoptant un règlement. Cependant, jusqu'ici, tout le monde discute et se plaint mais personne ne prend la plume pour présenter une façon juridique de régler ce problème. Vous ne pouvez pas nous demander de faire cette opération parce que c'est vous qui connaissez le problème. Je m'arrête ici en vous invitant vivement à revenir nous présenter une réponse que nous puissions utiliser.

Our next witnesses are Dr. Pat Armstrong, National co-ordinating Group on Health Care Reform and Women, and Dr. Ronald Worton, Associate Director, Canadian Genetic Diseases Network. Dr. Worton is also the CEO and Scientific Director of the Ottawa Hospital Research Institute.

Dr. Pat Armstrong, National Co-ordinating Group on Health Care Reform and Women: Thank you. I feel that it is a bit of an odd marriage, the two groups represented here today. I hope we can make the leap.

I am here on behalf of the National Co-ordinating Group on Health Care Reform and Women, which is a collaborative group that brings together the five federally funded Centres of Excellence for Women's Health, the Canadian Women's Health Network and Health Canada's Women's Bureau.

We are here to talk about health research, not as it relates to treatments and drug therapies, but rather to the future of the health care system and the impact of changes on women, men and children in quite different physical, economic, social and cultural locations across the land.

Our mandate is to coordinate research, identify gaps and link research to policy as well as to fill those gaps.

We started with the assumption that health care is a women's issue. Women provide 80 per cent of the paid care and a similar proportion of personal unpaid care. They are the majority of health care recipients, especially if we talk about the elderly, but they are only a minority of the decision-makers at the highest policy level, in terms of health care. We are interested in the consequences of reforms for women as providers, as patients and as decision-makers, but we are also quite aware of the differential impact for women as relates to their physical, social, economic, cultural/racial locations, as well as their age and sexual orientation.

We wanted to know which women are affected in what ways, and by which reforms. When we started to look at these questions, we, like you, found a great deal of complexity and that we were talking in quite different languages. We set, as one of our tasks, a scan of what kinds of health care reforms were happening across the country, as well as what we know about their impact on women.

I would like to share quickly with you the major conclusions from those scans, and then, perhaps, we will have some time to discuss them.

The first conclusion is that the privatization of the health care system is a primary strategy in terms of health care reform. This has been happening for more than a decade. We defined privatization in ways that cover a range of activities that are not

Nos témoins suivants sont le Dr Pat Armstrong, Groupe de coordination nationale sur la réforme des soins de santé et les femmes, et le Dr Ronald Worton, directeur adjoint du Réseau canadien sur les maladies génétiques. Le Dr Worton est également le PDG et le directeur scientifique de l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa.

Dr Pat Armstrong, Groupe de coordination nationale sur la réforme des soins de santé et les femmes: Merci. Je trouve un peu étrange que vous ayez décidé d'entendre ces deux groupes aujourd'hui. J'espère que cela ne nous nuira pas.

Je représente ici le Groupe de coordination nationale de la réforme des soins de santé et des femmes. C'est un groupe qui assure la collaboration entre les cinq Centres d'excellence pour la santé des femmes, qui sont financés par le gouvernement fédéral, le Réseau canadien pour la santé des femmes et le Bureau des femmes de Santé Canada.

Nous sommes ici pour parler de la recherche dans le domaine de la santé, non pas en ce qui concerne les traitements et la pharmacothérapie, mais plutôt l'avenir du régime de santé et les répercussions que ces changements vont avoir sur les femmes, les hommes et les enfants quel que soit le milieu physique, économique, social et culturel dans lequel ils vivent.

Nous avons pour mandat de coordonner la recherche, de découvrir les lacunes et de relier les résultats des recherches aux politiques ainsi que de remédier aux lacunes.

Nous sommes parties du principe que les soins de santé sont une question qui concerne les femmes. Les femmes fournissent 80 p. 100 des soins rémunérés et une proportion comparable des soins personnels non rémunérés. Elles représentent la majorité des bénéficiaires des soins de santé, en particulier si l'on pense aux personnes âgées, mais elles sont minoritaires dans les hautes directions où se prennent les décisions au sujet des soins de santé. Nous nous intéressons aux conséquences des réformes sur les femmes en tant que fournisseurs de soins, de malades et de décideurs, mais nous sommes également très sensibles aux répercussions particulières qu'elles ont sur les femmes en fonction du milieu physique, social, économique, culturel et racial dans lequel elles vivent, ainsi que de leur âge et de leur orientation sexuelle.

Nous voulions savoir quelles étaient les réformes qui touchaient les femmes, quelles femmes étaient touchées par elles et comment elles l'étaient. Lorsque nous avons commencé à examiner ces questions, nous avons constaté, tout comme vous, que la situation était très complexe et que nous avions du mal à nous comprendre. Nous nous sommes donnés pour tâche d'étudier les types de réforme de soins de santé qui étaient mis en place dans les différentes régions du pays, et de recenser ce que l'on savait au sujet de leur effet sur les femmes.

J'aimerais vous communiquer rapidement les principales conclusions de ces enquêtes, et nous aurons peut-être ensuite du temps pour en discuter ensemble.

La première conclusion est que la privatisation du régime de santé est une des principales stratégies adoptées pour réformer la santé. La définition de la privatisation que nous avons retenue couvre toute une gamme d'activités que l'on n'associe pas

usually associated with the term. We talked about privatization of the cost of health care by shifting the burden of payment to individuals and private organizations. We talked about the privatization of delivery in terms of the shift to for-profit health service providers.

We also talked about the shifting of care from the public institutions to community-based organizations and private households. We talked about the privatization of care work, whereby the work would be removed from the public sector health care workers and added to the unpaid care providers. We also talked about the use of management strategies taken from the for-profit sector and applied to the public health care system.

We found that all those strategies were being used in various ways throughout the country.

Second, we found that while there were real similarities in strategies, there were also significant differences, including some reversals of the privatization process. For example, in Manitoba, an experiment with for-profit home care was reversed, and in Ontario, public services were extended to midwifery services.

Third, we found that reform is happening so quickly, and with so little public information on the changes, that it is difficult to draw a full picture of health care reform. We advocate more research on privatization. We also need to know more about its forms, as well as about its consequences for individuals, groups and the system as a whole.

Fourth, we found that outside of the research being done in the Centres of Excellence for Women's Health, there is little research that examines the impacts of reform on women. There is even less research that considers the differences among women, in terms of the impact of reform. The question of women is seldom asked and even more rarely answered.

Fifth, we found that the research that takes women into account suggests that many of the health care reforms are having a negative impact on women. Those performing paid health care work are facing increasing workloads and increasing stress. I would say that the largest occupational category relevant to the brain drain has been nurses. More women are being conscripted into unpaid health care work, as they told the National Forum on Health, and do so without training and with few supports.

Those who are sent home quicker and sicker are finding it more difficult to receive care. Important questions need to be asked about the quality of care they are receiving, not only at home, but also in institutions.

habituellement avec cette expression. Nous parlons de la privatisation du coût des soins de santé lorsqu'on transfère le fardeau financier aux individus et aux organismes privés. Nous parlons de la privatisation de la prestation des soins de santé lorsque l'on confie cette tâche à des fournisseurs de soins de santé à but lucratif.

Nous avons également parlé du fait que les institutions publiques se déchargent de la prestation de ces soins sur les organismes communautaires et les ménages privés. Nous avons parlé de la privatisation des soins lorsque la prestation n'est plus assurée par les travailleurs de la santé du secteur public mais par des fournisseurs de soins non rémunérés. Nous avons également parlé de l'adoption de stratégies de gestion copiées sur celles du secteur de santé à but lucratif que l'on applique au système public de santé.

Nous avons constaté que toutes ces stratégies étaient utilisées, à divers degrés, dans les différentes régions du pays.

Deuxièmement, nous avons constaté que, s'il existait des ressemblances très réelles sur le plan des stratégies, il existait également des différences importantes, comme la décision d'inverser le processus de privatisation. Par exemple, le Manitoba a fait marche-arrière à propos d'une expérience de soins à domicile commerciaux et en Ontario, les services publics ont été élargis aux services offerts par les sages-femmes.

Troisièmement, nous avons constaté que les réformes sont lancées tellement rapidement, sans que la population soit véritablement informée des changements prévus, qu'il est difficile de broser une image complète de la réforme des soins de santé. Nous pensons qu'il faut étudier davantage la privatisation. Il faut également en savoir plus sur les formes qu'elle peut prendre, les conséquences qu'elle peut avoir sur les individus, les groupes et l'ensemble du système.

Quatrièmement, nous avons constaté qu'à part la recherche effectuée par les Centres d'excellence pour la santé des femmes, l'effet des réformes sur les femmes est rarement un sujet d'étude. Il existe encore moins de recherche qui examine les différences qui peuvent exister entre les femmes au sujet des répercussions des réformes. La question des femmes est rarement posée et il est encore plus rare qu'on lui apporte une réponse.

Cinquièmement, nous avons constaté que les études qui tiennent compte des femmes indiquent que, bien souvent, les réformes des soins de santé ont un effet négatif sur les femmes. Celles qui fournissent des soins de santé et qui sont rémunérées pour le faire font face à des charges de travail de plus en plus lourdes et à de grandes tensions. Je dirais que la principale catégorie professionnelle où il y a un exode des cerveaux est celle des infirmières. On recrute de plus en plus de femmes pour qu'elles fournissent des soins de santé sans être rémunérées, comme cela a été signalé au cours du Forum national sur la santé, et elles le font sans formation et sans grand appui.

Les malades que l'on renvoie chez eux plus rapidement et incomplètement guéris sont davantage sensibles à la qualité des soins qu'on leur fournit. Il faut se poser de sérieuses questions sur la qualité des soins, non seulement à domicile, mais également dans les institutions.

The kind of complex care that is being sent home is putting a great deal of strain on women, and there is a long quote in our formal presentation that gives you an idea of the kind of care that is being sent home.

The research on differences among women, although even harder to find, suggest that those who have been traditionally the most vulnerable are facing deteriorating conditions for care. Aboriginal women, for instance, who have been a particular concern in the Centres of Excellence, are facing a whole range of difficulties as a consequence of reforms. Rural women find it very difficult to provide care under existing conditions. User fees are particularly problematic for the many women who are poor and who make up the majority of the poor.

Sixth, these reports clearly demonstrate the need for research on the impact of health care reforms that is gender-sensitive and women-specific; research that begins with the recognition that women and men connect to the health care system in different ways and that there are also important differences among women. What counts as research also needs to be questioned. Taking women into account requires much more than calculating and analyzing data by gender.

Finally, the research demonstrates that there are real choices in how health care is reformed. Women need appropriate evidence and need to fully participate in making those choices. However, it is also clear that context matters in research, in policy, and in practice. The trade agreements we have been hearing so much about lately are critical in establishing the conditions for health care, as are many other international transactions. We should not be undertaking reforms without assessing how these reforms will be transformed into practice under existing international and national conditions, and without assessing the impact on women not only as providers and patients but also as decision-makers.

What do women want? They want services that respond to their needs; needs that vary depending on where they are located. They want quality of care that is defined in their terms. They want recognition of the impact on caregiving in their own daily lives. That means it is very important to think about the long-term costs in terms of costs to relationships and to values as well as to the economy.

We think our research should be a warning against further privatization of the health care system and the importance of recognizing the impact on women.

Thank you.

La décision d'offrir des soins complexes à domicile est à l'origine de grandes tensions chez les femmes et vous trouverez une longue citation dans notre mémoire qui vous donnera une idée du genre de soins que l'on offre aujourd'hui à domicile.

Les résultats des études effectuées sur les différences qui existent entre les femmes, même s'ils sont encore plus difficiles à trouver, indiquent que la qualité des soins auxquels ont accès les femmes qui sont traditionnellement les plus vulnérables se détériore. Les femmes autochtones, par exemple, auxquelles s'intéressent particulièrement les Centres d'excellence, font face à toute une série de difficultés à cause de ces réformes. Les femmes qui habitent dans les régions rurales ont beaucoup de mal à fournir les soins nécessaires à cause de la situation actuelle. L'obligation d'assumer certains frais soulève de graves problèmes pour les femmes pauvres, qui constituent la majorité des pauvres.

Sixièmement, ces rapports démontrent clairement qu'il y a lieu d'effectuer des études qui tiennent compte des besoins particuliers des femmes pour ce qui est de l'effet des réformes de la santé; des études qui tiennent compte du fait que les hommes et les femmes ont des rapports différents avec le régime de santé et du fait qu'il existe également des différences entre les femmes. Il faut aussi remettre en question ce que l'on qualifie de recherche. Tenir compte des besoins particuliers des femmes ne se résume pas à exploiter des données classées selon le sexe.

Enfin, la recherche a démontré qu'il est véritablement possible de faire des choix lorsqu'il s'agit de réformer la santé. Les femmes ont besoin de démontrer qu'elles ont des besoins particuliers et il faut qu'elles participent pleinement à ces choix. Il est également évident que le contexte joue un rôle important en matière de recherche, de politique et de mesures concrètes. Les ententes commerciales dont on nous parle tant depuis quelque temps jouent un rôle essentiel pour ce qui est de fixer les balises que doit respecter un régime de santé, tout comme le font d'autres conventions internationales. Il ne faudrait pas procéder à ces réformes sans avoir évalué l'influence que peuvent avoir les aspects nationaux et internationaux et sans évaluer l'effet qu'elles auront sur les femmes non seulement en tant que fournisseurs de soins et en tant que malades mais également en tant que décideurs.

Que veulent les femmes? Elles veulent des services qui répondent à leurs besoins; ces besoins varient énormément en fonction de l'endroit où elles vivent. Elles veulent des soins de qualité, fournis selon des normes fixées par elles. Elles veulent que l'on reconnaisse que ces réformes ont des répercussions sur les soins qu'elles fournissent sur une base quotidienne. Cela veut dire qu'il est très important de réfléchir aux coûts à long terme de ces réformes, tant sur le plan des relations humaines et des valeurs que sur le plan économique.

Nous estimons que la recherche que nous avons effectuée devrait constituer un avertissement pour les responsables qui devraient mettre fin à la privatisation de notre régime de santé et faire connaître l'importance d'envisager les répercussions de ces réformes sur les femmes.

Merci.

The Chairman: Thank you, Dr. Armstrong, for a not-unprovocative paper.

Dr. Ronald Worton, Associate Director, Canadian Genetic Diseases Network: Dr. Armstrong is right; this is an unusual grouping of two people. I certainly will change the topic a little bit here.

I was asked to come here on an invitation that was extended to the Canadian Genetic Diseases Network, of which I have been the Associate Director for many years. I accepted the invitation for that reason.

I have also recently become involved in a new network, Network of Centres of Excellence. On the handout I have given you, these two networks are listed on the front page. The first one, the Canadian Genetic Diseases Network, has been in existence since 1989. It was one of the original Networks of Centres of Excellence. It has successfully gone through two renewals, one of the few that has done that, and is still studying genes involved in disease.

It receives about \$4.5 million annually in funding. It has created seven spinoff companies over the last several years. The four themes of research are related to gene discovery, the pathology of disease that results from abnormal genes, gene-based therapies and population genetics.

The other network I am representing here today is the stem cell network. Most of you may not have heard of this network because it is new. It was only announced in March of this year. I am the scientific director. It is the result of an application we put in last fall. The network recognizes that the future of research and the future of many treatments may well depend on the use of stem cells. It is a controversial topic, particularly with regard to embryonic stem cells, as you will appreciate. I will elaborate shortly.

That network has about 50 scientists across the country. We will be receiving about \$5 million in funding when we get all of our agreements in place. We will be tackling four themes. The first of these themes is the social, ethical and legal issues regarding the use of stem cells in research and in health care. The other three relate to stem cell biology, and the bioengineering of stem cells to make them useful for therapeutic applications. The last topic is stem cell therapeutics.

I indicated on the front page the third institute I represent, which is my "day job" — my paying job — and that is as the Director of the Ottawa Health Research Institute. This also is a totally new institute. It came into existence on April 1 following the merger of two pre-existing institutes: the Loeb Research Institute, located at the civic campus of the Ottawa Hospital, and the Ottawa Hospital Research Institute, which I previously directed at the general campus. You can see the seven programs of research listed there. I will not go into those.

Le président: Merci, docteur Armstrong, de nous avoir présenté un mémoire particulièrement stimulant.

Dr Ronald Worton, directeur adjoint, Réseau canadien sur les maladies génétiques: Le Dr Armstrong a raison; voici un regroupement quelque peu inhabituel. Je vais certainement donner un point de vue légèrement différent.

On m'a demandé de venir ici à la suite d'une invitation qui a été lancée au Réseau canadien des maladies génétiques, dont je suis le directeur adjoint depuis des années. C'est la raison pour laquelle j'ai accepté l'invitation.

Je m'occupe également depuis peu d'un nouveau réseau, le Réseau des Centres d'excellence. Ces deux réseaux figurent à la première page du document qui vous a été distribué. Le premier, le Réseau canadien de maladies génétiques, existe depuis 1989. C'était l'un des premiers à faire partie du réseau de centres d'excellence. Il a survécu à deux changements majeurs, c'est un des rares à l'avoir fait et il étudie toujours les gènes pathogènes.

Ce réseau reçoit annuellement des subventions d'environ 4,5 millions de dollars. Au cours des ans, il a entraîné la création de sept entreprises dérivées. Notre recherche est orientée dans quatre directions: la découverte de gènes, la pathologie des maladies provenant d'anomalies génétiques, les thérapies génétiques et la génétique démographique.

Je représente aujourd'hui un autre réseau, le réseau des utilisateurs de cellules souches. La plupart d'entre vous n'ont pas encore entendu parler de ce réseau parce qu'il est tout nouveau. Il n'a été annoncé qu'en mars de cette année. J'en suis le directeur scientifique. Il a été créé à la suite d'une demande que nous avons présentée l'automne dernier. L'idée de ce réseau est qu'à l'avenir, la recherche et les traitements vont très certainement dépendre de l'utilisation des cellules souches. C'est un sujet controversé, comme vous le comprendrez. Je vais revenir là-dessus dans un moment.

Ce réseau regroupe près de 50 scientifiques des différentes régions du Canada. Nous recevons des subventions de près de 5 millions de dollars lorsque nous aurons conclu toutes nos ententes. Nous allons nous attaquer à quatre domaines de recherche. Le premier portera sur les aspects sociaux, éthiques et juridiques de l'utilisation des cellules souches dans la recherche et les soins de santé. Les trois autres concernent la biologie des cellules souches, la manipulation génétique des cellules souches pour qu'elles puissent être utilisées à des fins thérapeutiques. Le dernier sujet concerne les thérapies basées sur les cellules souches.

Comme cela figure sur la première page, le troisième institut que je représente, mon travail de jour, mon travail rémunéré, est l'Institut de recherche de la santé d'Ottawa dont je suis le directeur. C'est également un institut tout nouveau. Il a été créé le 1er avril par la fusion de deux instituts: l'Institut de recherche Loeb, qui se trouve sur le campus civique de l'Hôpital d'Ottawa et l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa, que je dirigeais auparavant sur le campus général. Vous voyez les sept programmes de recherche qui sont énumérés ici. Je ne vais pas les passer en revue.

There is a short biographical sketch on the second page. You can read that yourselves.

There are two speaking points I wanted to make. On the third page they are numbered 1 and 3, which simply tells you I cannot count.

The first one was to tell you a little bit about the impact on health care of genetics and stem cells. I did not bring a long multi-page brief. I can provide that if you want. I have written many of those in my days. The Genetic Diseases Network can provide them in any of 20 different flavours. I will leave it for you to give me some guidance about what information you would like from us.

The only points I wanted to make is that genes are tremendously important in disease, far more than we appreciated 15 or 20 years ago. We used to think that genes were only involved in diseases that are inherited. We have known that for a long time — cystic fibrosis or sickle cell anemia are good examples.

However, over the last 15 to 20 years we have come to appreciate that genes are involved in virtually all diseases. Diabetes, for example, is not strictly inherited, but your susceptibility to diabetes depends on some dozen or so genes, and the alterations in those genes in the total spectrum determines, to a large extent, your susceptibility to diabetes. That may be coupled with other environmental factors, such as diet and other exposures, but nevertheless, genes do play a role.

It is the same with virtually every other disease you can think of. Heart disease, virtually all forms of cancer, lung disorders such as emphysema and asthma are all conditions that have strong genetic components.

The big difference between now and a decade ago is that we are beginning to understand what these genes are, what the function of the genes are in the cells, what proteins they make, and what the function of those proteins are. I have referred to these in the handout as the “genetic determinants of susceptibility.”

Knowing these determinants, we begin to understand within ourselves what the determinants are that make us ill or susceptible to illnesses. We begin to understand how those determinants make us susceptible.

Knowing that goes a long way towards understanding the disease mechanisms. We already understand the mechanisms now for several hundred diseases, with several thousand more to go. That understanding is already leading to new diagnostic tests and, to a lesser extent, new therapies. Fifteen years from now, I predict, the diagnostic tests will be behind us and we will be looking at a very broad spectrum of new therapies based on those discoveries.

Vous trouverez une brève biographie à la page deux. Vous pouvez la lire vous-même.

Je voudrais faire deux observations. Elles sont numérotées 1 et 3 sur la troisième page, ce qui vous montre tout simplement que je ne sais pas compter.

La première concerne l'effet que peuvent avoir la génétique et les cellules souches sur les soins de santé. Je ne vous ai pas apporté un mémoire très volumineux. Je pourrai vous en transmettre un si vous le souhaitez. J'en ai écrit beaucoup à une certaine époque. Le Réseau des maladies génétiques peut vous en fournir une vingtaine, à la saveur que vous voulez. Je vous demande de m'indiquer le genre d'information que vous aimeriez que nous vous fournissions.

Le seul commentaire que je voulais faire est que les gènes jouent un rôle très important dans les maladies, un rôle beaucoup plus grand que nous le pensions il y a 15 ou 20 ans. Nous pensions auparavant que les gènes ne jouaient un rôle que pour les maladies héréditaires. Nous savons cela depuis longtemps — la fibrose kystique et la drépanocytose en sont des exemples.

Nous avons toutefois découvert, depuis une quinzaine d'années, que les gènes jouent un rôle dans pratiquement toutes les maladies. Le diabète, par exemple, n'est pas à strictement parler héréditaire, mais la susceptibilité au diabète dépend d'une douzaine de gènes et les modifications qu'ont subies ces gènes par rapport aux autres déterminent, dans une grande mesure, votre susceptibilité à cette maladie. Cela peut se conjuguer à d'autres facteurs environnementaux comme le régime et d'autres aspects, mais il demeure que les gènes jouent un rôle dans cette maladie.

C'est pratiquement la même chose pour toutes les autres maladies. Les affections du cœur, pratiquement toutes les formes de cancer, les affections pulmonaires comme l'emphysème et l'asthme comportent toutes des composantes génétiques importantes.

La grande différence qui existe ce que l'on fait aujourd'hui et ce qui se faisait il y dix ans est que nous commençons à comprendre ce que sont ces gènes, quel rôle ils jouent dans les cellules, quelles sont les protéines qu'ils fabriquent, et quelle est la fonction de ces protéines. J'ai mentionné ces questions sous le titre «les déterminants génétiques de la susceptibilité» qui se trouve dans le document distribué.

Lorsque ces déterminants sont connus, nous commençons à comprendre quels sont les déterminants qui sont à l'origine de nos maladies ou qui nous y prédisposent. Nous commençons à comprendre comment ces déterminants nous prédisposent à certaines maladies.

Cette connaissance nous permet d'expliquer en grande partie les mécanismes des maladies. Nous comprenons déjà les mécanismes relatifs à plusieurs centaines de maladies, et il y en a plusieurs milliers encore à comprendre. Cette compréhension débouche déjà sur l'élaboration de nouveaux tests de diagnostic et, dans une mesure moindre, sur de nouvelles thérapies. Dans 15 ans, je prédis que nous aurons renouvelé les tests de diagnostic et que nous examinerons une très large gamme de nouvelles thérapies fondées sur ces découvertes.

The other point I have listed there is the importance of stem cells in tissue regeneration and repair. In all of our tissues we have cells called "stem cells." If you tear some of your muscle by over-exercising — as I do periodically as I do not exercise regularly enough — your muscles become sore and stiff. Some of your muscle fibres become torn and damaged. It is the stem cells in your muscle that move into place. Those cells fuse in with the existing muscle and they actually create new muscle.

Similarly, your blood is being renewed all of the time by stem cells in your bone marrow. They are constantly renewing themselves and undergoing a process called "differentiation," where they make red and white blood cells. Stem cells are terribly important in those tissues.

There is a more primitive cell, called an "embryonic stem cell," in the embryo, that is capable of making any kind of tissue. We know that because you can take a single stem cell from a black mouse, put it into a growing embryo of a white mouse, and out of that you can regenerate an entire black mouse from that one stem cell. We know that one stem cell is capable of regenerating an entire organism and doing it properly.

There is recent evidence, and this made me quite excited two years ago, that adult stem cells may be able to do the same thing. We do not know all the details yet. We do not know how it works. We do not know how uniformly applicable it will be, but in the mouse, people have taken stem cells from bone marrow, where they are supposed to make blood, put them into the muscle and they make muscle. Where they have taken them from the muscle and put them into the bone marrow, they make blood. In other words, they can exchange for one another. Bone marrow stem cells can also regenerate brain.

As you can appreciate, this has huge potential. If we can understand how the cells do this, if we can manipulate those processes and make them generate tissues at will, then we have a mechanism for repairing the damage that is done in degenerative diseases. Such diseases include Alzheimer's, Parkinson's, and neuromuscular diseases, muscular dystrophy, spinal cord injuries and all kinds of things. That is the hope and the basis on which we put in the proposal for this stem cell network that was recently funded.

The whole purpose of this is just to make you aware. These are two big areas. They will have a large impact not only on research, but also on health care. We are at your service to help you understand these issues as long as we know what you would like to have from us.

L'autre remarque que j'ai mentionnée ici est l'importance des cellules souches pour la régénération et la réparation des tissus. Nous avons des cellules que nous appelons les cellules souches dans tous nos tissus. Si vous vous déchirez un muscle en faisant un effort trop violent, comme cela m'arrive de temps en temps parce que je ne fais pas suffisamment d'exercice, vous sentez que vos muscles sont douloureux et raides. Une partie de vos fibres musculaires sont déchirées et endommagées. Ce sont les cellules souches de votre muscle qui entrent en jeu. Ces cellules fusionnent avec le muscle existant et elles renouvellent le muscle.

De la même façon, votre sang est constamment renouvelé grâce aux cellules souches qui se trouvent dans votre moelle osseuse. Ces cellules se renouvellent constamment et passent par un processus appelé la différenciation, qui leur permet de devenir des globules rouges ou des globules blancs. Les cellules souches jouent un rôle très très important dans ces tissus.

Il existe une cellule plus primitive, que l'on appelle «cellule embryonnaire», qui est capable de se transformer en n'importe quel autre type de cellules. Nous savons cela parce que l'on peut prendre une seule cellule embryonnaire d'une souris noire, la placer dans un embryon de souris blanche et l'on peut régénérer une souris noire complète à partir de cette cellule embryonnaire unique. Nous savons qu'une cellule embryonnaire est capable de régénérer un organisme entier et de le faire correctement.

Il existe des épreuves récentes, ce qui m'a vivement intéressé il y a deux ans, indiquant que les cellules souches adultes pourraient peut-être faire la même chose. Nous n'avons pas encore tous les détails. Nous ne savons pas comment cela fonctionne. Nous ne savons pas si ce processus peut être appliqué uniformément mais chez la souris, on a pris des cellules souches de la moelle osseuse, où elles doivent normalement fabriquer du sang, pour les mettre dans un muscle et elles ont fabriqué du muscle. Lorsqu'on a pris ces cellules de la masse musculaire pour les placer dans la moelle osseuse, elles ont fabriqué du sang. Autrement dit, elles sont interchangeables. Les cellules souches de la moelle osseuse peuvent également régénérer le cerveau.

Comme vous pouvez vous imaginer, cette découverte a un potentiel énorme. Si nous pouvions comprendre comment les cellules arrivent à faire cela, si nous réussissions à manipuler ces processus pour que ces cellules génèrent des tissus à volonté, nous aurions alors un mécanisme qui permettrait de réparer les dommages causés par les maladies dégénératives. Parmi ces maladies, il y a les maladies d'Alzheimer, de Parkinson, les maladies neuromusculaires, la dystrophie musculaire, les lésions de la moelle épinière et toutes sortes de choses. C'est sur ces données et sur cet espoir que s'appuyait la demande de financement pour un projet de réseau sur les cellules osseuses qui a récemment été accordée.

Je cherche simplement à vous faire connaître certaines choses. Ce sont là deux grands domaines, qui vont avoir un effet très important non seulement sur la recherche mais également sur la santé. Nous sommes à votre disposition pour vous aider à comprendre ces questions, pourvu que nous sachions exactement ce que vous voulez.

The level of funding for health research in Canada has undergone a dramatic improvement in the last five years. Senator Morin, with whom I have worked closely on the interim governing council that created the CIHR will know even better than I what I am talking about.

I will single out three federal government initiatives. The Canada Foundation for Innovation, CFI, contributes greatly to infrastructure. Every university and teaching hospital in this country has taken advantage of that funding and received several million dollars to build new space and create new infrastructure. Many of the provinces have provided matching funds to go with that. If CFI provides 40 per cent and if the province provides 40 per cent, I only need to go to the public for 20 per cent. That makes it much easier.

The Canadian Institutes for Health Research, CIHR, has made an enormous difference. First of all, it is a new paradigm. The MRC was a very reactive organization; it would wait for applications to come in and fund the best ones. CIHR is a proactive organization; it is determining a research agenda and what kind of research is best for this country and then enacting that research agenda. That is not to say it does not still fund research applications that come in that are unplanned, but the planning process is now part of CIHR. CIHR integrates the four pillars of research. The MRC used to be basic and clinical research. The new institutes are now basic, clinical, population health and health services research. Integrating those has led to some innovative proposals.

The funding for CIHR has almost doubled. By next year, it will be doubled to approximately \$500 million. The Canada research chairs that started last year have made an enormous difference in people that we are able to recruit and retain in this country. The best people are seeking Canada research chairs and when they get them, they are not going anywhere; they will stay in Canada.

What is required? I have just put two or three bullet points at the bottom. I just wanted to emphasize CIHR. CIHR was a bold venture when it was conceived three years ago. Our objective in trying to build the CIHR was to raise the level of funding for medical research to \$1 billion per year. That is what was asked for and sought in the original proposals. That was based on a comparison with other countries, a definition of the need and an evaluation of our capacity for research.

The federal government responded with a doubling of the budget to \$500 million, which I think everyone accepted and it was a wonderful change from the previous decreases. However, I am still advocating that we need to reach \$1 billion. That would be a level of funding that would make us very competitive with the United States, most of the major health research intensive countries in Europe, and so on.

Le montant des crédits affectés à la recherche médicale au Canada a augmenté de façon considérable depuis cinq ans. Le sénateur Morin, avec qui j'ai travaillé en étroite collaboration au conseil de direction provisoire qui a créé IRSC, sait mieux que moi ce dont je parle.

Je vais mentionner trois initiatives du gouvernement fédéral. La Fondation canadienne pour l'innovation contribue énormément aux infrastructures. Toutes les universités et tous les hôpitaux universitaires du Canada ont pu bénéficier de ce financement; ils ont obtenu plusieurs millions de dollars pour construire de nouveaux locaux et créer de nouvelles infrastructures. Un certain nombre de provinces ont accordé un montant correspondant à celui du gouvernement fédéral. Lorsque la CFI fournit 40 p. 100 et la province 40 p. 100, je n'ai besoin de demander au public que 20 p. 100, ce qui est beaucoup plus facile.

Les Instituts de recherche en santé du Canada, IRSC, ont eu un effet énorme. Tout d'abord, c'est une nouvelle notion. Le conseil des recherches médicales était un organisme très passif; il attendait que les demandes arrivent et subventionnait les meilleurs projets. IRSC est un organisme actif; il élabore un cadre de recherche et détermine quel est le genre de recherche qui convient le mieux à notre pays et ensuite, il prend des mesures pour que s'effectuent les recherches prévues. Cela ne veut pas dire qu'il ne subventionne pas encore les demandes de subventions de recherche présentées spontanément mais la planification fait maintenant partie de l'action de IRSC. IRSC intègre les quatre piliers de la recherche. Le CRM s'occupait de recherche fondamentale et clinique. Les nouveaux instituts font maintenant de la recherche fondamentale, clinique, de la recherche dans le domaine de la santé des populations et sur les services de santé. Cette intégration a donné naissance à des projets particulièrement novateurs.

Le financement de IRSC a presque doublé. D'ici à l'année prochaine, il va doubler pour atteindre près de 500 millions de dollars. Les chaires de recherche du Canada qui ont été créées l'année dernière ont eu un effet considérable parce que l'on a pu recruter des chercheurs et les retenir au Canada. Les meilleurs scientifiques cherchent à obtenir des chaires de recherche du Canada et lorsqu'ils l'obtiennent, ils ne quittent plus le pays, ils restent au Canada.

Que faut-il faire maintenant? J'ai mentionné deux ou trois points en bas de la page. Je voulais souligner l'importance de IRSC. IRSC représente une initiative audacieuse qui a été conçue il y a trois ans. L'intention derrière IRSC était de faire passer à 1 million de dollars par an les crédits affectés à la recherche médicale. C'est le montant qui a été demandé dans le projet initial. Il a été calculé en se fondant sur une comparaison avec d'autres pays, sur une définition des besoins canadiens et sur une évaluation de notre capacité en matière de recherche.

Le gouvernement fédéral a donné suite à cette demande en doublant ce budget pour qu'il passe à 500 millions de dollars, ce qui a été accepté par tout le monde et représentait un changement très agréable par rapport aux coupures antérieures. Toutefois, je soutiens toujours que nous avons besoin d'atteindre le montant de 1 milliard de dollars. Ce serait un budget qui nous permettrait d'être très concurrentiels par rapport aux États-Unis, par rapport

We are somewhere in the neighbourhood of one-quarter of the spending on health research through agencies of this kind compared with the United States on a per capita basis. We still have a way to go.

I would urge that we continue the CFI and the Canadian research chairs. They are wonderful initiatives. They have helped enormously and we need to keep them going.

There is much more that could be said. I decided I would focus entirely on genetics and stem cells and the funding issue. I would be happy to answer questions.

Senator Pépin: Dr. Armstrong, I do not think that you have to convince many of us, because we are mostly women, and your presentation was very good. I wish that you would appear in front of an all-male committee, because I think the impact would be significant.

I am part of a group of parliamentarians who are seeking gender analysis of every piece of legislation. We want to see the impact on women. We know how important health care is.

Senator Cohen: Dr. Armstrong, in view of the fact that you say there must be more research that assesses the consequences of privatization on women, and because there is little research out there but for the research that is done by the five centres of excellence, and that your funding is almost coming to an end, and that Dr. Worton says the level of funding has undergone a dramatic improvement and he gave the statistics, what will happen to the five Centres of Excellence for Women? You have proven how vital they are for 50 per cent of the population.

Dr. Armstrong: We do not know what will happen to them. I certainly hope that they get further funding, because they have been very important in terms of creating a research capacity in this country, that we are only now starting to realize. We are just in the initial stages of creating teams of people who can produce the kinds of research we need, not just research that looks at women, but also recognizes the significant differences across the country and amongst women.

It is very important that we continue this funding. It is not adequate to rely on the CIHR for gender. The CIHR has a specific mandate to look at men and women. It is very important, and we have demonstrated that through the centres of excellence, that we do need a specific focus on women as well.

Senator Cordy: As Senators Pépin and Cohen have said, the women on this committee are delighted to read the documentation that you have provided to us, Dr. Armstrong.

aux pays européens qui font de la recherche intensive en santé, notamment.

Le budget actuel représente environ un quart des crédits affectés à la recherche médicale par des organismes de ce type aux États-Unis, si l'on fait un calcul par habitant. Nous avons encore beaucoup à faire.

Il faut, d'après moi, poursuivre le travail de la FCI et des chaires de recherche canadiennes. Ce sont là d'excellentes initiatives. Elles ont beaucoup apporté à la recherche et il faut qu'elles continuent à oeuvrer dans ce sens.

L'on pourrait dire beaucoup d'autres choses. J'ai décidé de vous parler uniquement de génétique, des cellules souches et de la question du financement. Je serais heureux de répondre à vos questions.

Le sénateur Pépin: Docteur Armstrong, je ne pense pas que vous ayez à convaincre beaucoup d'entre nous de l'intérêt de votre point de vue, parce que nous sommes pour la plupart des femmes et que votre exposé était très bon. J'aimerais que vous puissiez vous adresser à un comité composé uniquement d'hommes, parce que cela aurait, je crois, un effet important.

Je fais partie d'un groupe de parlementaires qui s'occupe d'examiner tous les projets de loi, du point de vue de la problématique homme-femme. Nous voulons voir quel est l'effet de ces mesures sur les femmes. Nous connaissons toute l'importance des soins de santé.

Le sénateur Cohen: Docteur Armstrong, compte tenu du fait que vous dites qu'il faut faire davantage de recherche sur les conséquences de la privatisation sur les femmes, et que pratiquement toute cette recherche a été effectuée par les cinq Centres d'excellence, que vos subventions sont presque épuisées, et que le Dr Worton sait que le montant des subventions a beaucoup augmenté, il a fourni les chiffres, que va-t-il arriver aux cinq Centres d'excellence pour les femmes? Vous avez démontré qu'ils jouaient un rôle essentiel pour 50 p. 100 de la population.

Dr Armstrong: Je ne sais pas ce qui va leur arriver. J'espère qu'ils vont obtenir d'autres subventions, parce qu'ils ont joué un rôle très important dans la création d'une capacité de recherche dans ce pays, et que nous commençons seulement à nous en apercevoir. Nous venons tout juste de commencer à créer des équipes qui peuvent effectuer le genre de recherche dont nous avons besoin, pas simplement de la recherche sur les femmes, mais une recherche qui tienne compte des différences importantes qui existent d'une région à l'autre et d'un groupe de femmes à un autre.

Il est très important de poursuivre ces subventions. On ne peut s'en remettre uniquement à IRSC pour ce genre d'étude. IRSC a pour mission de faire de la recherche pour les hommes et pour les femmes. Cela est très important et nous avons démontré, grâce aux Centres d'excellence, qu'il faut également une recherche qui soit orientée sur les femmes.

Le sénateur Cordy: Comme les sénateurs Pépin et Cohen l'ont déclaré, les femmes qui sont membres de ce comité sont ravies de lire les documents que vous avez fournis, docteur Armstrong.

I would like more information on the role of women as caregivers. We all know that the role of caregiving — whether to a parent, child or whatever — tends to fall on women. Your documentation says that women want recognition of the impact on caregiving and strategies to address their concerns.

Is there research being done relating to the effect that caregiving is having on women in terms of stress and those types of issues?

Are there good things happening in any part of Canada where communities are aware of the effect of caregiving on women and providing respite care?

Dr. Armstrong: There are a number of questions there. Certainly research is being done on women as caregivers through the Centres of Excellence in Women's Health. The maritime centre of excellence has just applied, successfully, for a grant to look at women's paid and unpaid caregiving work. I think we will learn a great deal from that project. I am actually part of that application as well. They are interested in looking at strategies to address these issues and not to just look at the problems.

We are getting a sufficient amount of research demonstrating that the impact is negative, and I think that it is very important now to think about what strategies could work. Much of the emphasis has been on providing support to keep women providing that caregiving work. They are much less concerned with creating this as a choice.

I just finished a survey of the literature on caregiving among adults. There is very little research, if any, on the impact on relationships of this transfer of care work into the household, and especially onto women. If we are really interested in supporting households and relationships, then I think it is very important to look at the consequences of caregiving on those relationships. I supervised a thesis not long ago on caregivers amongst adult schizophrenics. Almost all of them were women. In fact, all of them in this study were women. In every case, the marriage had broken up. It is important to look at these kinds of consequences over the long term. If we want to think about costs, this is an important long-term cost.

Research out of Quebec, connected to the centre of excellence there, demonstrates that women often have to give up their employment. What is the long-term consequence of that for those women, and what are the long-term costs for us as a society if those women have to withdraw from the labour force to provide that kind of care? What kind of strategies can we develop so that it is actually a choice? We know that caregiving can be a very rewarding experience; but we also know that it is most likely to be rewarding if you actively choose to do that and if you have the kind of support to do that.

J'aimerais avoir davantage d'informations sur le rôle des femmes en tant que fournisseurs de soins. Nous savons tous que les soins, qu'ils soient destinés à un parent, à un enfant ou à une autre personne, sont bien souvent donnés par les femmes. Vos documents indiquent que les femmes veulent que soit reconnu l'effet de ces réformes sur les soins de santé et que l'on adopte des stratégies qui tiennent compte de leurs préoccupations.

Est-ce que l'on fait actuellement de la recherche sur l'effet qu'a sur les femmes la prestation de soins, pour ce qui est du stress et des questions de ce genre?

Est-ce qu'il y a des choses intéressantes qui se produisent au Canada et y a-t-il des collectivités qui sont sensibilisées aux effets de la prestation de soins sur les femmes et qui fournissent des services de relève?

Dr Armstrong: Vous avez soulevé plusieurs questions. L'on fait effectivement de la recherche sur les femmes en tant que fournisseurs de soins dans les Centres d'excellence pour la santé des femmes. Le Centre d'excellence des Maritimes vient d'obtenir une subvention pour examiner la prestation de soins par les femmes, qu'elles soient rémunérées ou non rémunérées. Je crois que nous allons beaucoup apprendre avec ce projet. J'en fais d'ailleurs partie. Elles ont l'intention d'examiner non seulement les problèmes mais également les stratégies susceptibles de répondre aux difficultés constatées.

Nous avons effectué suffisamment de recherches qui démontrent que l'effet est négatif mais je pense qu'il est maintenant important de s'attaquer aux stratégies. On a privilégié l'idée de fournir un appui aux femmes pour qu'elles puissent continuer à fournir des soins. On s'est beaucoup moins préoccupé de donner un choix aux femmes dans ce domaine.

Je viens de finir un recensement des études portant sur la prestation de soins chez les adultes. Il existe très peu de recherche, voire aucune, sur l'effet de la décision de fournir des soins à domicile, sur les relations personnelles en particulier chez les femmes. Si nous voulons vraiment appuyer les ménages et les relations personnelles, il me paraît très important d'examiner les conséquences de la prestation de soins sur ces relations. J'ai supervisé une thèse il n'y a pas très longtemps qui portait sur la fourniture de soins chez les adultes schizophrènes. Presque toutes ces personnes étaient des femmes. En fait, toutes les personnes étudiées étaient des femmes. Dans tous les cas, leur mariage avait échoué. Il est important de tenir compte de ces conséquences à long terme. Si nous voulons réfléchir aux coûts, il s'agit là d'un coût à long terme très important.

Une recherche effectuée au Québec, reliée au Centre d'excellence qui existe dans cette province, démontre que les femmes sont souvent obligées de quitter leur travail. Quelle est la conséquence à long terme de cette décision pour ces femmes, et quels sont les coûts à long terme pour la société d'obliger ces femmes à quitter la population active pour fournir ce genre de soins de santé? Quel genre de stratégie pouvons-nous adopter pour qu'il s'agisse là d'un véritable choix? Nous savons que la prestation de soins peut être une expérience très enrichissante mais nous savons également qu'elle risque davantage de l'être si

It is important to remember that there is an enormous range in the kinds of caregiving that are required. Some unpaid caregiving is temporary; some of it is very long-term, but not very complex. Some of it is both long-term and complex. Different kinds of supports and different kinds of alternatives are required.

We also have to recognize, in the caregiving issue, that many people do not have good households. We have done this literature on abuse in households, for instance, and we have done very little connecting that to the question of sending care home.

There is an awful lot of work to be done. I do not think we have very many good models. We have some suggestions, but we really need further research. I hope that answers your question.

Senator Cordy: It reminds me there is a tremendous amount of work to be done in that area.

Senator Morin: The men on the committee are also supporters of the centres of excellence.

Dr. Armstrong: Some of my best friends are men.

Senator Morin: I could say the same thing.

I would like to address my question to Dr. Worton. Dr. Worton is very modest. He is a world-renowned researcher. One of his seminal discoveries is the gene for muscular dystrophy. Doctor, would you briefly describe the disease and your discovery, and where this could lead us in the future in diagnostics and treatment? I think that would help the committee.

The Chairman: I will tell you the question I was going to ask you. It is a natural consequence of that. Has any one done any rough numbers as to what the implications are for the cost of the health care system as these new techniques like the one that Senator Morin described come into effect? We have these wonderful new treatments, but they will blow the cost of the system entirely out of the water? I know there will not be a definitive number, but if you could finish up with the cost implications, that would be helpful.

Dr. Worton: I was going to say that if I had planted a question myself, I would have planted the one you have asked.

There is a whole range of neuromuscular disorders that go under the classification of muscular dystrophy. Fourteen of them specifically have the name muscular dystrophy. As little as 15 years ago, we did not know what caused any of them. We knew they were genetic in nature, and we knew that many of them were inherited and that the inheritance patterns were different in different diseases. That is all we knew. There had been decades of research looking at the muscle using pathological techniques and so on. We had all kinds of hints, but no one knew what caused any of these muscular dystrophies.

la personne choisit véritablement de le faire et si elle a accès au soutien dont elle a besoin.

Il est important de ne pas oublier qu'il existe une grande diversité parmi les soins fournis à domicile. Certains soins non rémunérés sont donnés sur une base temporaire; ils sont parfois fournis à très long terme mais ne sont pas très complexes. Il y a également des soins qui sont très complexes et qui sont offerts à long terme. Toutes ces catégories de soins ont besoin de mécanismes de soutien et de solutions de rechange différents.

Il faut également tenir compte du fait, pour ce qui est des soins à domicile, que, bien souvent, les gens vivent dans des foyers où il y a de la violence. Il existe de nombreuses études sur la violence familiale mais il n'y a pas grand-chose qui s'est fait pour relier cet aspect à la décision de fournir des soins à domicile.

Il y a beaucoup de travail à faire. Je ne pense pas que nous puissions nous inspirer de modèles existants. Nous pouvons faire quelques suggestions mais nous avons en fait besoin de recherche. J'espère que cela répond à votre question.

Le sénateur Cordy: Cela me rappelle qu'il y a un travail considérable à faire dans ce domaine.

Le sénateur Morin: Les hommes qui font partie de ce comité appuient également les Centres d'excellence.

Dr Armstrong: J'ai même des amis parmi les hommes.

Le sénateur Morin: Je pourrais dire la même chose.

J'aimerais adresser ma question au Dr Worton. Le Dr Worton est très modeste. C'est un chercheur de renommée internationale. Une de ses découvertes les plus importantes a été celle du gène de la dystrophie musculaire. Docteur, pourriez-vous brièvement décrire cette maladie et votre découverte et nous indiquer où cela pourrait-il nous mener à l'avenir sur le plan du diagnostic et du traitement? Je crois que ce serait utile pour le comité.

Le président: Je vais vous dire quelle était la question que j'allais vous poser. Elle découle naturellement de la précédente. Possède-t-on des chiffres même très approximatifs sur les répercussions que pourraient avoir sur les coûts du régime de santé les nouvelles techniques comme celles dont a parlé le sénateur Morin? Nous avons découvert de nouveaux traitements merveilleux mais leur coût va-t-il sonner le glas de notre système? Je sais qu'on ne peut pas avoir encore de chiffres précis mais si vous pouviez nous en dire davantage sur les répercussions financières, cela nous serait utile.

Dr Worton: J'allais dire que si je vous avais demandé de poser une question, j'aurais choisi la question que vous venez de poser.

L'expression dystrophie musculaire regroupe toute une gamme de maladies neuromusculaires. Quatorze d'entre elles portent le nom de dystrophie musculaire. Il y a 15 ans, nous ne connaissions même pas la cause de ces maladies. Nous savions qu'elles étaient de nature génétique, que bon nombre d'entre elles étaient héréditaires mais que les caractéristiques de cette transmission variaient selon la maladie considérée. C'est tout ce que nous savions. On étudiait depuis des dizaines d'années la fibre musculaire à l'aide de techniques pathologiques, notamment. Nous avions toutes sortes d'indications mais personne ne connaissait l'origine de ces dystrophies musculaires.

By and large, the most serious muscular dystrophies start early in childhood, usually around age three or four, when the children have difficulty walking, climbing stairs, riding a tricycle, keeping up with their peers on the street. By the age of six, they are usually unable to get up from a sitting position on the floor. They are usually into leg braces. By the age of nine, they are into a wheelchair. By the age of 15 or 16, they have difficulty breathing because the lung muscles are gone. By the age of 18, they usually go on a respirator. If they do not go on a respirator, they die by age 20. Those who do go on a respirator are living and existing in a wheelchair with a machine breathing for them and someone feeding them and lifting them in and out of the chair. I know several of them personally who are in their 20s, and they live like this.

There are milder forms that attack a little bit later in life and have a slower course and end up with people who do not go into a wheelchair until quite late in life.

We tackled the most severe of these forms, the one called Duchenne muscular dystrophy, because we had a unique patient that gave us a clue as to where the gene might be on the chromosomes. We, in effect, isolated that part of the chromosome. We searched around and found a gene that was there. It took us five years to do that; another two years to prove that it was actually the gene that was defective in muscular dystrophy. We then discovered the protein made by that gene and showed that it was missing in the kids who have muscular dystrophy. That was a big discovery.

One of the things I like to point out is that that changed research all around the world on that whole spectrum of disorders, because all the research that had been done was going up the wrong creek, or down the blind alley, if you like, stopped. Everyone said this is the path we have to follow. Whatever the research cost after that, it was far more effective because it was on the right path.

That led to a fair bit of research in both Japan and the United States, and the person in the United States who did this research was Kevin Campbell, who actually trained in Canada even though he is an American. Kevin showed that the protein that is defective in these kids is part of a protein complex that has seven different proteins in it. He isolated each one of the proteins, painstakingly one at a time, and identified which genes were responsible for making each protein. Then he made the logical leap to say that those proteins, because they are part of this complex, might be the ones that are missing in other forms of muscular dystrophy, because the complex is necessary.

He went into an international collaboration and showed that six different forms of muscular dystrophy are due to mutations in six different genes that make these six different proteins that form part of the complex. Now we know the cause of six different

Dans l'ensemble, les dystrophies musculaires les plus graves commencent dès la petite enfance, habituellement à l'âge de trois ou quatre ans; les enfants ont du mal à marcher, à monter les escaliers, à faire du tricycle, à faire ce que font les autres dans la rue. Lorsqu'ils ont six ans, ces enfants sont en général incapables de se lever lorsqu'ils sont assis par terre. Ils portent habituellement des jambières. Lorsqu'ils ont neuf ans, ils sont dans une chaise roulante. À 15 ou 16 ans, ils ont du mal à respirer parce que les muscles des poumons sont atrophiés. À 18 ans, ils ont habituellement besoin d'un respirateur. S'ils n'utilisent pas un respirateur, ils meurent avant l'âge de 20 ans. Ceux qui utilisent un respirateur demeurent en vie, ils sont dans une chaise roulante avec une machine qui respire pour eux et il y a quelqu'un qui les nourrit et qui les sort de leur chaise et les y replace. Je connais personnellement plusieurs d'entre eux qui sont dans la vingtaine et c'est ainsi qu'ils vivent.

Il existe des formes moins aiguës qui se déclenchent plus tard dans la vie et qui évoluent plus lentement; les personnes qui en sont atteintes sont beaucoup plus âgées lorsqu'elles doivent utiliser une chaise roulante.

Nous nous sommes attaqués à la plus grave de ces maladies, celle qu'on appelle la dystrophie musculaire de Duchenne parce que nous avions un patient tout à fait unique qui nous a donné une indication sur l'emplacement possible du gène dans les chromosomes. Nous avons effectivement réussi à isoler cette partie du chromosome. Nous avons cherché et trouvé un gène qui était là. Cela nous a pris cinq ans; il a fallu encore deux ans pour prouver que c'était bien le gène responsable de la dystrophie musculaire. Nous avons ensuite découvert la protéine que fabriquait ce gène et démontré que les enfants qui étaient atteints de dystrophie musculaire n'avaient pas cette protéine. Cela a été une grande découverte.

J'aime faire remarquer que cette découverte a changé la recherche qui se faisait sur ce genre de maladies dans le monde entier, parce que toute cette recherche était engagée dans la mauvaise direction et elle s'est réalignée. Tout le monde a dit que c'était la voie à suivre. Après cette découverte, les crédits affectés à la recherche ont donné beaucoup plus de résultats parce que celle-ci allait dans la bonne direction.

Cette découverte a suscité pas mal de recherche au Japon et aux États-Unis et la personne qui a effectué cette recherche aux États-Unis a été Kevin Campbell, qui a en fait été formé au Canada même s'il est américain. Kevin a démontré que la protéine défectueuse chez ces enfants faisait partie d'un complexe protéinique composé de sept protéines différentes. Il a isolé chacune de ces protéines, une à la fois, avec beaucoup de soins, et il a identifié les gènes qui étaient responsables de la fabrication de chacune des protéines. Il en a déduit que ces protéines, puisqu'elles font partie de ce complexe, étaient peut-être celles qui manquaient dans les autres formes de dystrophies musculaires, parce que ce complexe est un élément nécessaire.

Grâce à une collaboration internationale, il a démontré que six formes différentes de dystrophies musculaires étaient dues à des mutations de six gènes différents qui fabriquaient six protéines différentes faisant partie de ce complexe. Nous connaissons

forms of muscular dystrophy out of 14. We are making rapid progress.

Gene therapy has been tried in some of these disorders, mostly in mouse models. All of these disorders now have animal models. It is easy; it only takes three months instead of three years to create a mouse that has a genetic defect exactly like the one in the human, and then you can use that as a test system to test out your therapies. Gene therapy has worked in mice with muscular dystrophies that are absolute genuine mimics of the human diseases.

Gene therapy has not yet been tried in humans. I do not think anybody is quite ready to try gene therapy in humans for these disorders because the animal experiments are promising but they are not total cures. We are a little afraid of some of the consequences. In animals, you do not have to worry about using cells from one person and putting them into another. You can use inbred strains of mice so they are all identical and there are no rejection problems. In humans, you would have to use cells from another person, from a father usually.

The other thing about muscular dystrophy is you may not be able to replace the genes per se because you would have to get so many into every part of every muscle, but you might be able to rebuild muscle with stem cells.

We tried a cell therapy experiment back in 1990. It was not really my work. It was George Karpati at the Montreal Neurological Institute. I provided some of the laboratory examinations of the tissues from the kids that received cells.

We put what we thought at the time were stem cells into six young boys, all about age 6 or 7. In every case, the cells came from their fathers but the tissue matches were not that great. It was a very small experiment. We did 100 injections into one bicep. The results were very disappointing. There was no increase in muscle strength, no reconstruction of the tissue, and the protein that was missing was still missing.

We think we know how to do it better now. I have a dream: we can start with a six-year-old child or a four-year-old child who has this disease. We cannot take stem cells from his own muscles because they are pretty well worn out from regenerating his muscle over the previous five years. We may be able to take stem cells from his bone marrow, which would not be worn out because there is nothing wrong with the bone marrow or the blood. So, we would take a biopsy of his bone marrow and grow those stem cells in culture. We would then treat them genetically to correct the defective dystrophin gene, and then treat them so that they would change from being bone marrow stem cells to being muscle stem cells. Finally, if we could do this and then put those stem cells into the muscle, we may have a cure because the cells would be from the child himself. There would be no rejection problem.

aujourd'hui les causes de six formes de dystrophies musculaires sur 14. Nous progressons rapidement.

On a essayé d'appliquer une thérapie génétique à ces maladies, la plupart du temps sur des souris. Toutes ces maladies ont été reproduites sur les animaux. C'est facile; il ne faut que trois mois au lieu de trois ans pour créer une souris qui a un défaut génétique identique à celui que l'on retrouve chez l'humain; on peut ensuite utiliser un système de test pour mettre à l'épreuve nos thérapies. La thérapie génétique a donné de bons résultats sur les souris atteintes de dystrophie musculaire, qui reproduit de façon très réelle la maladie humaine.

La thérapie génétique n'a pas encore été essayée sur des humains. Je ne pense pas que l'on soit tout à fait prêt à essayer cette thérapie sur les humains qui souffrent de ces maladies, parce que les expériences effectuées sur les animaux sont prometteuses, mais elles n'entraînent pas une guérison totale. Nous craignons certaines conséquences de cette thérapie. Chez les animaux, il n'est pas grave d'utiliser les cellules d'un animal pour les mettre dans un autre animal. On peut utiliser des souches pures de souris de façon à ce qu'elles soient toutes identiques et qu'il n'y ait pas de problème de rejet. Chez les humains, il faut utiliser les cellules d'une autre personne, du père habituellement.

L'autre aspect de la dystrophie musculaire est qu'on ne peut peut-être pas remplacer tous les gènes parce qu'il faudrait en introduire un très grand nombre dans chaque partie de chaque muscle, mais l'on pourrait peut-être reconstruire les muscles en utilisant des cellules souches.

Nous avons fait une expérience de thérapie cellulaire en 1990. Ce n'est pas moi qui l'ai dirigée. C'était George Karpati de l'Institut de neurologie de Montréal. J'ai effectué une partie des examens des tissus provenant des enfants qui avaient reçu ces cellules.

Nous avons injecté ce que nous pensions être à l'époque des cellules souches à six jeunes garçons, qui avaient tous six ou sept ans. Dans tous les cas, les cellules provenaient de leur père mais les tissus ne correspondaient pas vraiment. C'était une très petite expérience. Nous avons effectué 100 injections dans un biceps. Les résultats ont été très décevants. Le muscle n'a pas repris de force, le tissu musculaire ne s'est pas reconstruit et la protéine qui était absente n'est pas apparue.

Nous pensons que nous pourrions faire mieux aujourd'hui. J'ai un rêve: nous pouvons commencer avec un enfant de six ou quatre ans qui souffre de cette maladie. Nous ne pouvons pas prendre des cellules souches provenant de ses propres muscles parce qu'elles sont épuisées d'avoir régénéré ses muscles depuis cinq ans. Nous pourrions peut-être prendre une cellule souche de sa moelle osseuse, parce que ces cellules ne seraient pas fatiguées, la maladie ne touchant aucunement le sang, ni la moelle osseuse. On pourrait donc prélever par biopsie cette moelle osseuse et cultiver ces cellules dans une culture. Nous ferions alors une manipulation génétique pour corriger le gène dystrophine défectueux et nous leur ferions subir un traitement pour que les cellules souches de la moelle osseuse deviennent des cellules souches du muscle. Enfin, si nous arrivions à le faire et à implanter ces cellules souches dans les muscles, on aurait peut-être un moyen de guérir cette maladie

That is our goal. We have funding from CFI to build a centre for stem cell and gene therapy, \$4.4 million. The province matched that amount and we received \$2 million from the hospital. We will be building an \$11-million facility. We heard, this winter, that we will receive a \$21 million grant, with one-third coming from the provincial government, to hire ten scientists to work in that centre.

That, coupled with the stem cell network we have just created, suggests to me that in a few years, I can come back and tell you that Canada is a leader in stem cell therapy, not only in muscular dystrophy, but in a whole broad range of disorders.

Perhaps I have answered your question on cost?

The Chairman: Moving into something as grubby as money after that discussion is very difficult to do. If there is any documentation on cost implications down the road, that would be helpful.

Dr. Armstrong, I want to be absolutely sure I understand you and I raise this with some trepidation. In your list of privatizing consequences, you use the word "privatizing" to mean "transferring the cost from the public sector to the individual." Is that correct? That is what you mean by privatizing?

Dr. Armstrong: We mean a number of things by "privatizing." That is one form. We are saying that privatization takes a variety of forms. We are describing, in privatization, a transfer from the public to the private or the individual. It could be a transfer of cost or work, which is a different issue from cost.

The transfer of cost could mean buying your own drugs or paying for your own home care. A transfer of work means sending home, from a hospital or an institution, a patient who still needs care. It could also be a transfer from provision in a public institution to a for-profit institution.

The Chairman: Why do you care about that if it makes no difference to the individual?

Dr. Armstrong: Because it makes a big difference for the women who provide the work in those institutions.

The Chairman: Up until then, I understood. I understand, if there is more cost to the patient. When you move to the difference between a publicly owned institution and a privately owned one, my instinct is that we have moved to an area of political ideology. You can make that statement, but it does not fall in the same category as all your other statements.

parce que les cellules proviendraient de l'enfant. Il n'y aurait donc aucun problème de rejet.

C'est notre objectif. Le FCI nous a fourni des fonds pour construire un centre de thérapie génétique, basée sur les cellules souches, une somme de 4,4 millions de dollars. La province a fourni un montant équivalent et nous avons reçu 2 millions de dollars de l'hôpital. Nous allons construire un centre de 11 millions de dollars. Nous avons appris cet hiver que nous allions recevoir une subvention de 21 millions de dollars, dont un tiers viendrait du gouvernement provincial, pour embaucher dix scientifiques.

Cette nouvelle, combinée au réseau des utilisateurs de cellules souches que nous venons de créer, me fait espérer que je pourrais revenir dans quelques années vous dire que le Canada est un leader en matière de thérapie sur cellules souches, non seulement pour ce qui est de la dystrophie musculaire mais pour toute une gamme de maladies.

J'ai peut-être répondu à votre question sur les coûts?

Le président: Il est très difficile de parler une chose aussi terre à terre que l'argent après avoir parlé de tout cela. Il serait toutefois utile de nous transmettre des chiffres concernant les répercussions financières que tout cela pourrait avoir.

Docteur Armstrong, je veux être absolument sûr de bien vous avoir compris et c'est avec une certaine hésitation que je soulève cet aspect. Dans votre liste des conséquences de la privatisation, vous dites que la «privatisation» veut dire «transférer le coût du secteur public à l'individu.» Est-ce bien exact? Est-ce bien ce que vous appelez la privatisation?

Dr Armstrong: La «privatisation» recouvre diverses choses. C'est là une de ses formes. Nous disons que la privatisation prend diverses formes. Nous qualifions de privatisation un transfert du secteur public au secteur privé où à l'individu. Il peut s'agir d'un transfert du coût ou du travail, ce qui est une question différente de celle du coût.

Le transfert du coût peut vouloir dire avoir à acheter ses propres médicaments ou à payer les soins à domicile dont on a besoin. Le transfert du travail consiste à envoyer chez lui un malade qui se trouvait dans un hôpital ou une institution et qui a encore besoin de soins. Il pourrait également s'agir du transfert de la fourniture des soins d'une institution publique à une institution commerciale.

Le président: Pourquoi vous intéressez-vous à cet aspect si cela n'a aucune conséquence pour l'individu?

Dr Armstrong: Parce que cela fait une grande différence pour les femmes qui fournissent ce travail dans ces institutions.

Le président: Jusque-là, je comprenais. Je comprends que le patient doit assumer des coûts supplémentaires. Lorsque l'on passe à la différence qui existe entre une institution publique et une institution privée, mon instinct me dit que nous sommes maintenant dans un domaine qui relève de l'idéologie politique. Il est possible de faire une telle affirmation, mais cela n'appartient pas à la même catégorie que vos autres déclarations.

Dr. Armstrong: I do not think it is a political ideology. We have research in long-term care showing the difference between non-profit and public.

The Chairman: It makes a difference to whom?

Dr. Armstrong: To the people who provide the care, 80 per cent of whom are women.

The Chairman: How does it make a difference?

Dr. Armstrong: The work is organized differently. It makes a difference in workloads, in injury rates, in how hard they must work, what kind of support is present in the workplace, and in the kind of wages they earn.

The Chairman: I would like to see that evidence for this reason. You use the word "privatization" to mean several different things. It is important for this committee to understand your usage. When we begin to discuss situations where the individual is held harmless — that is to say they face no higher cost — then we must understand the different relationship between the public sector and the private sector.

On the other side of the coin, the private sector may be substantially more efficient. I am thinking in terms of the cost of the system. One may conclude that improved productivity is not necessarily bad. The evidence you have on the difference between the actual deliverers, assuming no more cost to the patient, would be really helpful to us.

Senator Morin: When we talk about private organizations, do we mean for-profit or not-for-profit?

The Chairman: I took your comment to mean for-profit.

Senator Morin: That is completely different.

Dr. Armstrong: We are talking about privatization in a variety of different forms, one of which is the transfer to for-profit. One is the transfer to community-based not-for-profit, volunteer-run agencies, which could make a big difference to women in terms of the amount of work that is expected from volunteer care labour — most of which is also done by women.

Our point — and our research is starting to show this — is that there are consequences for women. We must recognize, more than four of every five paid caregivers are women. Almost all cost in long-term care is for labour. Is the "efficiency" that you are describing then based on getting people to work a lot harder, in ways that undermine their health? We know that health care has the highest injury rate of any industry. Those injury rates tend to be higher in for-profit than in not-for-profit organizations. That is a problem. At least it ought to be a question that is raised.

Senator Morin: So it is not private. It is for-profit. That is a big difference.

Dr. Armstrong: Je ne pense pas qu'il s'agisse d'idéologie politique. Il y a des études sur les soins à long terme qui démontrent qu'il existe une différence entre les institutions publiques et les institutions commerciales.

Le président: Cela fait une différence pour qui?

Dr. Armstrong: Pour les personnes qui fournissent les soins, dont 80 p. 100 sont des femmes.

Le président: En quoi cela fait-il une différence?

Dr. Armstrong: Le travail est organisé différemment. Cela entraîne des différences sur les charges de travail, sur les accidents de travail, sur les conditions de travail, sur le genre de soutien offert sur les lieux de travail et sur la rémunération.

Le président: C'est pour cette raison que j'aimerais voir ces données. Vous utilisez le mot «privatisation» pour décrire plusieurs choses différentes. Il est important que les membres du comité comprennent la façon dont vous utilisez ce mot. Lorsque nous examinons des situations qui ne causent aucun préjudice aux particuliers; c'est-à-dire lorsqu'ils n'ont pas à assumer des coûts supplémentaires, nous devons alors comprendre la différence qui existe entre le secteur public et le secteur privé sur ce point.

D'un autre côté, le secteur privé est parfois nettement plus efficace. Je pensais en termes de coût du système. On peut conclure que l'amélioration de la productivité n'est pas nécessairement une mauvaise chose. Les données que vous possédez concernant la différence entre les personnes qui fournissent ces soins, en tenant pour acquis que le patient n'en absorbe pas davantage, nous seraient très utiles.

Le sénateur Morin: Lorsque l'on parle d'organismes privés, s'agit-il d'organismes privés à but lucratif ou non lucratif?

Le président: J'ai pensé que vous vouliez parler des organismes à but lucratif.

Le sénateur Morin: Cela est tout à fait différent.

Dr. Armstrong: Nous parlons de privatisation dans divers contextes, dont l'un est le transfert des soins à des institutions commerciales. L'un est le transfert des soins à des organismes communautaires, sans but lucratif, qui utilisent des bénévoles, ce qui peut faire une grande différence pour les femmes, pour ce qui est du travail qui doit être accompli par les bénévoles, dont la plus grande partie est également fait par des femmes.

Nous disons, et notre recherche commence à le prouver, que cela entraîne des conséquences pour les femmes. Il faut tenir compte du fait que sur cinq fournisseurs de soins rémunérés, quatre sont des femmes. La totalité des coûts qu'entraînent les soins à long terme représente la main-d'oeuvre. L'«efficacité» dont vous parlez consiste-t-elle à faire travailler les gens davantage au point où cela compromet leur santé? Nous savons que c'est dans le secteur des soins de santé que le taux des accidents de travail est le plus élevé, toutes catégories professionnelles confondues. Le nombre des accidents de travail est plus élevé dans les organismes à but lucratif que dans les organismes sans but lucratif. C'est un problème. C'est une question qui mérite d'être examinée.

Le sénateur Morin: Il ne s'agit pas d'institutions privées, mais d'institutions à but lucratif. C'est une grande différence.

Dr. Armstrong: Of course, and we make that distinction.

We have nine reports. We have a scan from Newfoundland, one almost completed in the Maritimes, one from Quebec, one from Ontario, one from Manitoba and Saskatchewan, one from Alberta and one from B.C.

Each of those draws out the research done in those regions on the whole range of forms of privatization. They include not just the ones that you were saying are widely recognized as privatization, but they also look at the research that compares service in large public institutions and small community organizations. What do we know about those? This, at least, should be a question.

Senator Morin: Has that research been published? Are these results available?

Dr. Armstrong: We have copies of all but the maritime report that we can easily send to you.

The Chairman: That would be helpful, thank you very much. I suspect this debate will come back to us again.

Dr. Worton: One last point. There is an economic analysis of genetic testing by a researcher in Toronto. I can either get copies of the material from her and forward it to you, or if I phone her, she would be on a plane in an hour to come here.

The Chairman: Is the material highly technical, or is it understandable to lay people like us?

Dr. Worton: I think it is understandable.

The Chairman: Thank you for your presentation.

The committee adjourned.

Dr Armstrong: Bien sûr, et nous faisons cette différence.

Nous avons neuf rapports. Il y a une étude de la situation à Terre-Neuve, une autre qui est presque achevée qui concerne les Maritimes, une du Québec, une de l'Ontario, une du Manitoba et de la Saskatchewan, une de l'Alberta et une de la Colombie-Britannique.

Chacune de ces études recense la recherche effectuée dans ces régions sur toutes les formes de privatisation. Elles comprennent non seulement celles dont vous dites qu'elles sont pour la plupart reconnues comme étant de la privatisation mais elles portent également sur la recherche qui compare les services offerts dans les grandes institutions publiques et les petites organisations communautaires. Que savons-nous de ces choses? C'est une question qu'il faut au moins se poser.

Le sénateur Morin: Cette recherche a-t-elle été publiée? Peut-on avoir accès aux résultats?

Dr Armstrong: Nous avons des copies de tous ces rapports, sauf le rapport des Maritimes, et nous pouvons facilement vous les envoyer.

Le président: Cela serait utile, merci beaucoup. Je crois que nous reprendrons ce débat à un moment donné.

Dr Worton: Un dernier point. Il existe une analyse économique des tests génétiques par un chercheur de Toronto. Je peux lui demander de m'envoyer des copies et vous les transmettre ou l'appeler et elle serait ici dans une heure si elle prend l'avion.

Le président: Ces documents sont-ils très techniques ou sont-ils compréhensibles pour des non-spécialistes comme nous?

Dr Worton: Je pense qu'ils sont compréhensibles.

Le président: Merci pour votre exposé.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

Canada's Research-Based Pharmaceutical Companies:

Murray Elston, President.

Coalition for Biomedical and Health Research:

Dr. Barry McLennan, Chairman;

Charles Pitts, Executive Director.

Centre for Excellence for Women's Health:

Dr. Pat Armstrong.

Canadian Genetic Diseases Network:

Dr. Ronald Worton, Associate Director.

Les compagnies de recherche pharmaceutique du Canada:

Murray Elston, président.

Coalition pour la recherche biomédicale et en santé:

Dr Barry McLennan, président;

Charles Pitts, directeur exécutif.

Centre d'excellence pour la santé des femmes:

Dr Pat Armstrong.

Réseau canadien sur les maladies génétiques:

Dr Ronald Worton, directeur adjoint.

A1
1226
551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, May 10, 2001

Le jeudi 10 mai 2001

Issue No. 12

Fascicule n° 12

Tenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Dixième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.	Kinsella
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, P.C.	Robertson
Graham, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Hubley substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*May 10, 2001*).

The name of the Honourable Senator Kinsella added (*May 9, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p.	Kinsella
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Fairbairn, c.p.	Robertson
Graham, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Hubley est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 10 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Kinsella est ajouté (*le 9 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, May 10, 2001

(13)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Hubley, Kinsella, Kirby, LeBreton and Morin (10).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From Health Canada:

William J. Pascal, Director General, Office of Health and Information Highway, Information, Analysis and Connectivity Branch

From the Canadian Institute for Health Information:

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis

From the Canadian Society of Telehealth:

Dr. Robert Filler, President

From the Department of Health and Wellness of New Information System:

David Cowperthwaite, Director of Information System

Mr. Pascal made a statement. Dr. Millar made a statement. Dr. Filler made a statement. The witnesses answered questions.

Mr. Cowperthwaite made a statement and answered questions.

At 1:18 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le jeudi 10 mai 2001

(13)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cohen, Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Hubley, Kinsella, Kirby, LeBreton et Morin (10).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n^o 2 du comité.*)

TÉMOINS:

De Santé Canada:

William J. Pascal, directeur général, Bureau de la santé et l'information, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité.

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Dr. John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse.

De la Société canadienne de télésanté:

Dr. Robert Filler, président.

Du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick:

M. David Cowperthwaite, directeur, Système d'information.

MM. Pascal, Millar et Fuller font une déclaration et répondent aux questions.

M. Cowperthwaite fait une déclaration et répond aux questions.

À 13 h 18, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, May 10, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are continuing our study on the state of the health care system in Canada. We have two panels this morning, and both will deal with the issue of health information. The first panel consists of Bill Pascal, Director General in the Office of Health and Information Highway in the federal government; Dr. John Millar, the Vice-President of Research and Analysis at the Canadian Institute for Health Information; and Dr. Robert Filler, the President of the Canadian Society of Telehealth.

Mr. William J. Pascal, Director General, Office of Health and Information Highway, Information, Analysis and Connectivity Branch, Health Canada: I will give you the highlights of a report that I will leave in both French and English versions for the committee members. I wanted to give you an overview of how we have been moving forward on the "infostructure" in Canada, what we see as the challenges and how we will address them over time.

We would like the right people to receive the right information at the right time, so they can provide the best care in the health system. There is much background to the work we are carrying out in this country.

We can go back to the Wilks report in 1991, which gave rise to the Canadian Institute for Health Information. The Information Highway Advisory Council report in 1995 provided further advice to governments on how to proceed. Part of the report of the National Forum on Health also spoke to health information and infostructure, and more recently, the Advisory Council on Health Infostructure reported back to Minister Rock in February, 1999.

In all those reports, there was a growing clarity as to how people felt we should be developing the health infostructure in this country. I would like to highlight specifically the vision that came out of the report of 1999, and on which all governments, federal, provincial and territorial, are working together in order to move forward. It stated that we are trying to empower individuals and communities to make informed choices about their own health, the health of others and the Canadian health system. An environment of strengthened privacy protection will build on federal-provincial-territorial infostructures to improve the quality and accessibility of integrated health care. This system will provide the information and services that are the foundation for accountability, continuous improvement to health care and better understanding of the determinants of health. That has been our baseline.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 10 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 11 h 05 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous poursuivons notre étude de l'état du système de soins de santé au Canada. Nous accueillons deux groupes de témoins ce matin, qui parleront tous deux de la question de l'information dans la santé. Le premier groupe est composé de Bill Pascal, directeur général du Bureau de la santé et de l'infrastructure au gouvernement fédéral; du Dr John Millar, vice-président à la Recherche et l'analyse à l'Institut canadien d'information sur la santé, et du Dr Robert Filler, président de la Société canadienne de télésanté.

M. William J. Pascal, directeur général, Bureau de la santé et l'infrastructure, Direction générale de l'infrastructure, de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Santé Canada: Je vais vous présenter les grandes lignes d'un rapport dont je vous communiquerai le texte en français et en anglais. Je voulais vous donner une petite idée de la façon dont nous avons progressé dans le domaine de l'infrastructure au Canada, des défis que nous envisageons et de la façon dont nous y répondrons.

Nous souhaitons que les bonnes personnes reçoivent la bonne information au bon moment, pour pouvoir assurer les meilleurs soins de santé possible. Il y a tout un historique au travail que nous faisons au Canada.

Nous pourrions remonter au rapport Wilks de 1991, qui a débouché sur la création de l'Institut canadien d'information sur la santé. Le rapport de 1995 du Comité consultatif sur l'autoroute de l'information a donné au gouvernement des conseils supplémentaires sur la façon de procéder. Une partie du rapport du Forum national sur la santé était aussi consacrée à l'information sur la santé et à l'infrastructure, et plus récemment, le Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé a présenté son rapport au ministre, M. Rock, en février 1999.

Tous ces rapports ont révélé de plus en plus clairement comment la population voyait la mise en place de l'information sur la santé au Canada. J'aimerais particulièrement souligner la vision formulée dans le rapport de 1999, sur laquelle travaillent tous les paliers de gouvernement, fédéral, provinciaux et territoriaux, pour aller de l'avant. Le rapport dit que nous essayons de donner aux particuliers et aux collectivités les moyens de faire des choix éclairés sur leur santé, la santé d'autrui et le système de santé du Canada. En renforçant la protection des renseignements personnels, on exploitera les infostructures fédérales-provinciales-territoriales pour améliorer la qualité et l'accessibilité de soins de santé intégrés. Le système fournira les informations et les services sur lesquels reposent la reddition de comptes, l'amélioration continue des soins de santé et une meilleure compréhension des facteurs déterminants de la santé. Tel a été notre point de départ.

Underlying that is the belief that information and communication technology can make a positive contribution to the evolution of the health system and can support the patient-centred system to which everyone has been speaking. It can bring together the information that health practitioners, decision makers and researchers in this country need in order to make better health decisions or provide advice to individuals on how to respond to health situations.

In addition, it empowers individuals by providing them with more information so they can take greater control of their health.

Since that report, we have brought together the federal government, all provinces and all territories under what we call the "Advisory Committee on Health Infrastructure." The CIOs of health from all those jurisdictions are participating, and we have begun to study how we can work together.

In our vision statement, you will have noted the comment that we have to build on what is already there. The health system in this country is actually 14 systems; 1 federal, 10 provincial and 3 territorial. They do work together, but in order to accomplish what we want to in this country and ensure that we move information in a timely manner to the right place, we must cooperate. We cannot do it alone. There is a high degree of cooperation around that table from all jurisdictions in trying to move forward.

We have also recognized that we cannot do it all at once. It is better to do some things right and then move on. Around that table, we have agreed on three areas for which it is important to devote time and energy over the next several years.

The first is starting work on building an electronic health record. That will be a 10-year process, but we must begin it and move forward.

The second area is building integrated provider solutions. By that we mean putting the tools in the hands of practitioners so that they can improve the way in which they provide care. This could be clinical practice guidelines or adverse drug reaction information. Practitioners will design tools to help them practise care the way that they want to.

The third area is moving better, more trustworthy information into the hands of the public. As you are probably well aware, the health system is very asymmetrical. In most cases, the information in the system is with providers. It is not a sector in which there is a balance of information, and therefore of power. In our view, it is important that the individual who has to interact with the health system has access to information and is in a better position to engage practitioners, or other people within the system, in a way that allows them to jointly manage the care — as opposed to how it was when my mother visited a doctor. She was told what to do and she did it. We want to change that interaction.

À la base de tout cela, il y a l'idée que la technologie de l'information et de la communication peut contribuer utilement à faire progresser le système de santé et alimenter le système axé sur le patient dont tout le monde parle. Cette technologie permet de regrouper toutes les informations dont les praticiens, les décideurs et les chercheurs du Canada ont besoin pour prendre de meilleures décisions en matière de santé ou pour donner des conseils à des particuliers face à des problèmes de santé.

En outre, elle permet aux particuliers de se prendre en charge grâce à une information plus vaste qui leur permet de mieux contrôler leur santé.

Depuis ce rapport, nous avons regroupé le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires dans le cadre du «Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé». Les agents principaux de l'information de ces divers paliers de compétence y participent, et nous avons commencé à examiner comment nous pouvons travailler ensemble.

Dans l'exposé de notre vision, vous aurez remarqué que nous disons que nous devons développer ce qui existe déjà. Le système de santé de notre pays est en fait composé de 14 systèmes: un fédéral, 10 provinciaux et trois territoriaux. Ils travaillent effectivement ensemble, mais pour accomplir ce que nous souhaitons pour le Canada et pour réussir à transférer l'information de façon opportune et au bon endroit, nous devons tous coopérer. On ne peut pas le faire isolément. Les représentants de tous ces paliers de compétence coopèrent très activement pour essayer d'aller de l'avant.

Nous constatons aussi que nous ne pouvons pas tout faire d'un seul coup. Il vaut mieux bien faire certaines choses et passer ensuite aux suivantes. Autour de cette table, nous nous sommes entendus sur les trois domaines auxquels il est important de consacrer notre temps et notre énergie au cours des quelques années à venir.

La première chose est de commencer à mettre sur pied un dossier électronique de la santé. Ce sera un processus sur 10 ans, mais il faut l'entamer.

La deuxième chose à faire, c'est de construire des solutions intégrées pour les fournisseurs de soins. Cela veut dire mettre entre les mains des praticiens les outils qui leur permettront d'améliorer la façon dont ils assurent les soins. Il pourrait s'agir de lignes directrices pour la pratique clinique ou d'information sur les réactions négatives à un médicament. Les praticiens élaboreront des outils qui les aideront à pratiquer comme ils le veulent.

La troisième initiative consiste à transmettre au public des informations meilleures et plus fiables. Comme vous le savez sans doute, le système de santé est très asymétrique. La plupart du temps, ce sont les fournisseurs de soins qui disposent de l'information. Ce n'est pas un secteur où il y a un équilibre de l'information et par conséquent du pouvoir. À notre avis, il est important que le particulier qui est en contact avec le système de santé ait accès à l'information et soit mieux en mesure d'avoir un échange avec les praticiens ou d'autres personnes dans le système pour qu'ils puissent ensemble gérer les soins, par opposition à ce qui se passait quand ma mère allait voir le médecin. On lui disait

We have developed a tactical plan to guide our efforts on that front. Through the advisory committee, we are starting to put more time and effort into clarifying what is happening in that regard.

A number of things already happening in Canada are giving shape to the health infostructure we are trying to weave together. All provinces have made fairly major investments in health infostructure. Saskatchewan has built the Saskatchewan Health Information Network. Alberta has built the "we//net."

We are beginning to build infrastructure. The key element is how to bring those infrastructures together. I will talk about the challenges of integrating 14 jurisdictions.

Other things have happened. At the federal level, we have been trying to push the envelope of conventional thought on how embedding information and communication technology in the health system affects the provision of health care. Looking at the health sector as a marketplace, we are probably all children in the "life cycle" of understanding how information technology can facilitate the provision of care. As an example, it took the banking industry 20 years to get to where it is now in using information and communication technology to improve the provision of services. We are in the early phases of trying to understand that.

At the federal level, through our Health Infostructure Support Program and our Canadian Health Infostructure Partnership Program, we have been expanding upon some good ideas. We are evaluating them and sharing that information.

I believe that we do a wonderful job of creating data in the system, a mediocre job of turning it into information, a lousy job of turning it into knowledge, and an even worse job of sharing that knowledge. It is not because people do not want to do it. It is because people are so hard pressed by what they are doing that it is hard to step back and do broad-system thinking.

We are trying to find out what works, what does not, and what lessons have been learned. We want to share that with everyone, so that people doing a project in Saskatchewan can talk to a colleague in Nova Scotia about how to improve the system and not repeat mistakes.

When the first ministers met in September, the Prime Minister committed half a billion dollars to set up a corporation to accelerate the integration of information and communication technologies into the health system. That corporation has been set up and the money has been provided. We are in the process of finalizing the composition of the board to get the corporation running.

Its job is to take the advice coming from Health Infostructure, which is made up of the 14 jurisdictions, and invest in areas that we believe will start to build a pan-Canadian ability to manage

ce qu'elle devait faire, et elle le faisait. Nous voulons modifier cette interaction.

Nous avons élaboré un plan tactique pour guider nos efforts sur ce front. Grâce au Comité consultatif, nous commençons à consacrer plus de temps et d'effort à définir ce qui se passe à cet égard.

Divers progrès en cours au Canada sont en train de façonner l'infostructure de la santé que nous essayons de tisser ensemble. Toutes les provinces ont investi considérablement dans l'infostructure de la santé. La Saskatchewan a mis sur pied le Réseau d'information sur la santé de la Saskatchewan. L'Alberta a construit le «we//net».

Nous commençons à construire l'infrastructure. L'élément clé, c'est de regrouper toutes ces infrastructures. Je vais vous parler du défi que constitue l'intégration de 14 secteurs de compétence.

D'autres choses se sont produites. Au niveau fédéral, nous essayons de faire avancer l'idée qu'en intégrant la technologie de l'information et de la communication dans le système de santé, on influe sur la prestation des soins de santé. Si l'on envisage le secteur de la santé comme un marché, nous n'en sommes probablement tous qu'au stade embryonnaire de la compréhension de la façon dont la technologie de l'information peut faciliter la prestation des soins. À titre d'exemple, l'industrie bancaire a mis 20 ans pour en arriver là où elle est maintenant en se servant de la technologie de l'information et de la communication pour améliorer la fourniture de services. Nous n'en sommes qu'aux premiers balbutiements de cette compréhension.

Au niveau fédéral, grâce à notre Programme de soutien à l'infostructure de la santé et à notre Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé, nous avons exploité de bonnes idées. Nous les évaluons et nous partageons cette information.

À mon avis, nous sommes très bons pour placer des données dans le système, plutôt médiocres pour les transformer en information, assez nuls pour les transformer en savoir, et encore plus pitoyables pour partager ce savoir. Ce n'est pas faute de bonne volonté. C'est parce que chacun est tellement pris par ce qu'il fait qu'il est difficile de prendre du recul pour avoir une vision vraiment large.

Nous essayons de définir ce qui fonctionne, ce qui ne fonctionne pas, et quelles sont les leçons que nous avons tirées. Nous voulons partager cela avec tout le monde, afin que quelqu'un travaillant sur un projet en Saskatchewan puisse s'adresser à un collègue en Nouvelle-Écosse pour améliorer le système et sans répéter les erreurs.

Lorsque les premiers ministres se sont réunis en septembre, le premier ministre a promis un demi-milliard de dollars pour mettre sur pied une société chargée d'accélérer l'intégration des technologies de l'information et de la communication dans le système de santé. Cette société a été créée et l'argent versé. Nous sommes en train de mettre la dernière main à la composition du conseil d'administration pour permettre à la société de démarrer.

Se fondant sur les conseils émis par l'Infostructure de la santé, qui comprend les représentants des 14 gouvernements, celle-ci doit investir dans les domaines qui permettront de mettre en

information. I use those words carefully. The mandate is not to build a huge database. It is a widely distributed database, with appropriate privacy and confidentiality controls. It is useful to move information to practitioners in order that they can provide better care. If and when an individual consents to that, we would have the capability.

This applies to where people receive care. Ninety-five per cent of health care is provided within a two- or three-mile radius of people's homes. However, within that area there are five or six different types of practitioners, including primary care doctors, dentists, specialists, physiotherapists, laboratory technicians and pharmacists. There is no efficient way for those people to understand your health care needs. Are there adverse reactions? With your consent, prior lab test results could be shared when you go to a hospital. That is what we are trying to achieve.

I am now seeing a willingness to work together. I see conditions in the environment that will make our transition within the health sector, albeit challenging, much shorter than the 20 years that it took the banking industry. There are a number of reasons for that. First, the technology is much more sophisticated than it was then. Over the last five years, I have seen solutions to managing and securing information that I thought would be very difficult to achieve.

Second, there is a level of comfort with the e-environment in which we now work, with regard to health or otherwise, that did not exist five to ten years ago. For example, we are now all comfortable with using ATM machines to get our financial information.

As well, a level of cooperation exists across jurisdictions. We have all spent a lot of money on what I call the "bleeding edge." We have done many things that have not worked too well. We have realized that it makes better sense to invest jointly, share the risk and look for common solutions.

That is what we are now working on. We will make the most progress if a couple of things happen. First, we must come up with common standards for a number of the areas on which we want to work. The first is how to build information systems to capture drug and lab information. We are being told by the practitioner community that that would facilitate the care they provide. In addition, it would prevent many unnecessary lab tests and help avoid adverse drug reactions.

In order to do that, we must have the capability for a patient registry and a client registry, and we must have a secure platform. We must be able to ensure that if we do move information, even

oeuvre une capacité pancanadienne de gestion de l'information. Je choisis mes mots avec soin. La société n'a pas pour mandat d'édifier une énorme base de données. Il s'agit d'une base de données largement diffusée, avec des mesures appropriées pour assurer le respect des renseignements personnels et de la confidentialité. Il est bon de transmettre l'information aux praticiens pour qu'ils puissent assurer de meilleurs soins. Si les personnes concernées y consentent, nous aurons la capacité de le faire.

Cela s'applique à l'endroit où les personnes se font soigner. Quatre-vingt-quinze pour cent des soins des santé sont dispensés dans l'intérieur d'un rayon de deux ou trois milles des domiciles des gens. Cependant, il y a dans ce secteur cinq ou six différents types de praticiens, notamment des médecins de premier recours, des dentistes, des spécialistes, des physiothérapeutes, des techniciens de laboratoire et des pharmaciens. Il n'y a aucun système efficace permettant à toutes ces personnes de connaître exactement le cas particulier de chacun en matière de santé. Y a-t-il des effets indésirables? Avec le consentement du patient, les résultats des premières analyses en laboratoire pourraient être connus dès l'arrivée à l'hôpital. C'est ce que nous essayons de faire.

Je pense qu'il y a maintenant un désir de travailler ensemble. Les conditions ont changé et je crois que notre transition dans le secteur de la santé devrait, même si la tâche paraît difficile à surmonter, se faire beaucoup plus rapidement que dans le secteur bancaire où il a fallu plus de 20 ans. Il y a plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, la technologie est beaucoup plus évoluée qu'à l'époque. Au cours des cinq dernières années, j'ai vu utiliser pour gérer et obtenir l'information des méthodes que j'aurais cru très difficiles à réaliser.

Deuxièmement, on se sent maintenant beaucoup plus à l'aise qu'il y a cinq ou 10 ans dans l'environnement électronique où nous travaillons actuellement, dans la santé ou ailleurs. Par exemple, nous utilisons tous très naturellement des guichets bancaires automatiques pour avoir nos données financières.

En outre, la coopération entre gouvernements est nettement meilleure. Nous avons tous dépensé beaucoup d'argent pour ce que j'appelle le «champ vif». Nous avons fait beaucoup de choses qui n'ont pas donné de très bons résultats. Nous nous sommes rendu compte qu'il était plus logique d'investir ensemble, de partager le risque et de chercher des solutions communes.

C'est là-dessus que nous travaillons actuellement. Pour progresser au mieux, il nous faudrait deux choses. Tout d'abord, nous devons élaborer des normes communes pour plusieurs des secteurs sur lesquels nous voulons travailler. Premièrement, arriver à mettre au point des systèmes d'information pour recueillir les renseignements sur les médicaments et les résultats de laboratoire. Les praticiens nous ont dit que cela leur faciliterait beaucoup la tâche. De plus, on éviterait ainsi de nombreuses analyses inutiles et beaucoup d'effets indésirables liés aux médicaments.

Pour y parvenir, nous devons disposer d'un registre des patients et d'un registre des clients, et avoir une plate-forme solide. En effet, nous devons être sûrs que si nous déplaçons l'information,

from a lab to the primary care doctor's office 20 yards down the street, that information is secure and is correct.

If we can get those standards in place, we will be able to start to move the markers. One of the big issues is that we have all gone at it individually, which means that we are building solutions that do not necessarily work together.

I believe where we are going now makes good sense.

From the point of view of stakeholders, I have talked about the provinces, territories and the federal government. The provider community must be heavily involved. At the end of the day, if the providers do not agree to use whatever we build, then we will have built something for the wrong reasons. Therefore, we are reaching out to the provider community to help shape how this will work and build the tools that they would like to see.

There also must be ease of use. The provider community must see some value in this. They have to see some return for actually working in a much more, if I can call it, "highly embedded" information technology health care system.

The other side of that is how to engage the citizens of this country in ensuring that we are taking seriously their concern for privacy and confidentiality. In the work we are trying to do at the federal-provincial-territorial level, we are attempting to ensure that we have dealt with the privacy, confidentiality and security aspects as we move forward on this.

In fact, it is written into the mandate of the corporation that the security, confidentiality and privacy issues have to be dealt with as a condition of any funding that it will be receiving.

Those are the things on which we are pushing forward. The general sense is that this is not a short-term journey. I think it will take about 10 years to build a pan-Canadian capacity to let us do the things that are being done in other sectors, and the things that not only the practitioner community, but also the citizens of this country see as useful and valuable. This is where we are going. It will result in better care and better access. It starts to integrate the pieces of the health care system that for many years have worked in silos. It also helps us drive out inefficiencies. There will not necessarily be cost efficiencies, but it will allow practitioners more time to provide better care to their patients.

The Chairman: It would be useful for the committee to understand the extent to which what you propose to do, of which we are in favour, will require changes to what was Bill C-6, the Personal Information Protection and Electronic Documents Act. As you know, the health care sector was allowed a year to get ready for that. We heard as recently as in testimony yesterday that the health care sector is still not ready. I want to come back to that issue. I would hate to see what you want to do get into trouble because of that.

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis, Canadian Institute for Health Information: Thank you very much, Senator Kirby, for the invitation to appear before you today

même d'un laboratoire au cabinet du médecin de premier recours à quelques mètres de là, cette information sera protégée et exacte.

Si nous arrivons à instaurer ces normes, nous pourrions commencer à aller plus loin. L'un des gros problèmes c'est que nous avons tous tenté cela individuellement, ce qui veut dire que nous arrivons à des solutions qui ne sont pas nécessairement compatibles.

Je pense qu'actuellement nous sommes sur la bonne voie.

Du point de vue des intervenants, j'ai parlé des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral. Les professionnels de la santé doivent participer activement. En fin de compte, s'ils ne sont pas d'accord pour utiliser ce que nous allons élaborer, nous l'aurons fait pour rien. Par conséquent, nous faisons appel aux professionnels de la santé pour façonner cette entreprise et construire les outils qu'ils souhaitent pouvoir utiliser.

Il faut aussi que le système soit facile à utiliser. Les professionnels de la santé doivent trouver que c'est quelque chose d'utile pour eux. Il faut qu'ils y trouvent leur compte lorsqu'ils travailleront dans un système de soins de santé beaucoup plus ancré, si je puis dire, dans la technologie de l'information.

Par ailleurs, il faut établir un dialogue avec nos concitoyens pour bien tenir compte de leur souci de respect de la vie privée et de la confidentialité. Dans le travail que nous essayons de faire au niveau fédéral-provincial-territorial, nous essayons de bien tenir compte de ces notions de vie privée, de confidentialité et de sécurité.

En fait, le mandat de la société stipule que tout financement qui lui sera accordé sera conditionnel au respect des questions de sécurité, de confidentialité et de vie privée.

Ce sont les choses sur lesquelles nous travaillons. On considère généralement que c'est un travail de longue haleine. Je pense qu'il faudra une dizaine d'années pour mettre sur pied à l'échelle du Canada tout entier un dispositif qui nous permettra de faire ce qui se fait dans d'autres secteurs, de faire des choses que non seulement les praticiens, mais aussi nos concitoyens jugeront utiles et précieuses. Voilà notre orientation. Elle débouchera sur de meilleurs soins et un meilleur accès. Nous commençons par regrouper les éléments d'un système de santé qui fonctionnait depuis des années sous forme d'îlots séparés. Cela nous permet aussi de faire la chasse au gaspillage. On ne réalisera peut-être pas d'économies, mais ce système donnera aux praticiens plus de temps pour mieux s'occuper de leurs patients.

Le président: Il serait utile que le comité puisse comprendre dans quelle mesure votre projet, auquel nous sommes d'ailleurs favorables, nécessitera des modifications à ce qui était le projet de loi C-6, la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Comme vous le savez, on a donné un an au secteur de la santé pour s'y préparer. Pas plus tard qu'hier, un témoin nous a dit que ce secteur n'était pas encore prêt. J'aimerais revenir sur cette question. Je ne voudrais pas que votre entreprise soit compromise à cause de cela.

Dr John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse, Institut canadien d'information sur la santé: Merci beaucoup, sénateur Kirby, de m'avoir invité à comparaître devant votre

on behalf of CIHI. I read with great interest the first volume of your reports and thought it was a great product. I am pleased to be part of this once again.

I intend this morning to go through for you what the current situation is from our perspective with respect to health information in Canada, giving you a little update on our report that came out yesterday. I believe you have all received copies of that.

My apologies to you for not having the presentation and handouts translated into French, but we simply did not have time.

This report is a direct consequence of the so-called "Roadmap Initiative" that received \$95 million from the federal government two and a half years ago, and is the second product of that. It is important to recognize that the continuing ability to do this is dependent on ongoing support of that nature.

I remind you that CIHI is governed by an independent board composed of some federal deputy ministers, provincial deputy ministers of health, a number of academics and others. The funding for CIHI comes jointly from the federal government and the provinces. We have bilateral data-sharing agreements with all the provinces.

Our vision for the health information system is simply to provide better information across the country to improve health. The purpose is to get into the hands of public providers, managers and policy-makers the data and information they need to answer two big questions: How healthy are Canadians, and how healthy is the health care system?

The results of that process are improved accountability, a better quality health care system and, ultimately, improved health and reduced inequities across the country.

I showed you this graphic when I appeared before you previously. It captures the notion that the data and health information we are talking about are certainly not limited to the health care system. The bottom two tiers you see there are directly related to the health care system, but the top two are related to the health status of the population, and the distribution of and inequities in health status as measured by mortality, wellness and so forth.

The second tier is intended to capture data on the various non-medical determinants of health, such as poverty, income, jobs, housing, early childhood care, the environment and risk behaviours, amongst many others.

This is just to firmly plant in your minds that the health information system as we conceive of it is much broader than the health care system itself.

I would like to focus on the issue of quality in health care, which I presume is your more immediate concern. The Institute of Medicine in the United States has produced a document, of which I am sure you are aware, called *Crossing the Quality Chasm*. It identifies three major categories of quality issues: the overuse of

comité au nom de l'ICIS. J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le premier volume de vos rapports et je l'ai trouvé excellent. Je suis très heureux de participer à nouveau à ces travaux.

Ce matin, j'aimerais vous donner un aperçu de la situation actuelle de notre point de vue en ce qui concerne l'information sur la santé au Canada, et faire le point sur notre rapport qui est sorti hier. Je crois que vous l'avez tous reçu.

Je vous demande de m'excuser de ne pas avoir la traduction française de mon exposé et de mes documents, mais nous n'avons pas eu le temps de les faire traduire.

Le rapport découle directement de l'initiative du Carnet de route, pour laquelle le gouvernement fédéral a versé 95 millions de dollars il y a deux ans et demi, et dont il est le deuxième produit. Il est important de souligner que pour poursuivre ce travail, il est essentiel que ce genre de soutien se manifeste de façon continue.

Je vous rappelle que l'ICIS est régi par un conseil d'administration indépendant regroupant des sous-ministres fédéraux, des sous-ministres provinciaux de la Santé, des universitaires et d'autres personnes. Le financement est assuré à la fois par le gouvernement fédéral et les provinces. Nous avons des accords bilatéraux de partage de données avec les provinces.

Notre vision du système d'information sur la santé consiste à fournir une meilleure information partout dans le pays afin d'améliorer la santé. Le but est de remettre aux professionnels de la santé, aux gestionnaires et aux décideurs les données et l'information dont ils ont besoin pour répondre à deux grandes questions: comment se portent les Canadiens, et comment se porte le système de soins de santé au Canada?

Ce processus débouche sur une meilleure reddition de comptes, un meilleur système de soins de santé, et, en fin de compte, une meilleure santé et moins d'inégalités pour tous les Canadiens.

Je vous ai déjà montré ce graphique lors d'une précédente comparaison. Vous voyez que les données et les informations sur la santé dont nous parlons ne sont nullement limitées au système de soins de santé. Les deux cases du bas sont directement liées au système de soins de santé, mais les deux du haut concernent l'état de santé de la population et la distribution ou les inégalités de la santé exprimés en mortalité, bien-être, etc.

Dans la deuxième partie, on regroupe les données sur les divers déterminants non médicaux de la santé tels que la pauvreté, les revenus, l'emploi, le logement, les soins durant la petite enfance, l'environnement et les comportements à risque, parmi bien d'autres.

Tout ceci a pour but de bien ancrer dans votre esprit l'idée que le système d'information sur la santé que nous envisageons déborde de loin le système de soins de santé lui-même.

J'aimerais me concentrer sur la question de la qualité des soins de santé, qui est sans doute votre préoccupation la plus immédiate. L'Institut de médecine des États-Unis a publié un document dont vous avez certainement entendu parler, intitulé *Crossing the Quality Chasm*. On y décrit trois grandes catégories de problèmes

services, such as the overuse of antibiotics and the inappropriate use of major surgery; the misuse in the system, such as health system error, nosocomial infection, and adverse effects of medication, of which I will give you some more details shortly; and the underuse of effective services, such as childhood and adult immunizations, preventive cancer screening and many others.

Just to turn briefly to the topic of system error, and I am sure you have already heard about this, these are estimates produced by Barbara Starfield and printed in an editorial in the *Journal of the American Medical Association* some months ago. Approximately 100,000 deaths per year in the United States are related to system error. This includes surgical errors, anesthetic errors, errors in medication, a variety of errors. Ms Starfield has made the point that if you add to that figure deaths from infections acquired in hospitals and non-error medication deaths, it doubles to 200,000. Then if you go outside the hospital into the community, you can add another 200,000 medication-related deaths. They are not all errors and not all preventable, but the point is that the health care system emerges as a major cause of death in the United States.

If you add other things like nosocomial infections arising in nursing homes and other sites, this category becomes a leading cause of death, the equivalent of four to five 747s crashing daily in the U.S.

The Chairman: The data are certainly very reassuring.

Dr. Millar: You would rather fly than go to the hospital. There are very little data in Canada, certainly no systemically available data, but by extrapolation, there is no reason to think the system here is any better. That would translate, using the usual 10 to 1 ratio, into 50,000 deaths per year from error, infection and medication-related problems, equivalent to the leading causes of death in Canada, heart disease and cancer. That does not even begin to capture the increased morbidity, the increased length of stay and the increased costs that go with this. In Canada, that translates into one 747 crashing every second day.

The only bright spot at the moment is that with Roadmap funding, and in partnership with the Canadian Institute for Health Research, we are embarking on research in the Canadian context, to try to at least scope out the magnitude of error within the hospital system. We hope that when that research is in, in a year and a half, we will be able to present you with some much more solid information on that issue.

de qualité: la surutilisation des services, par exemple la surconsommation d'antibiotiques et le recours injustifié à des opérations chirurgicales majeures; le mal fonctionnement du système, par exemple les erreurs du système de santé, les infections nosocomiales et les réactions indésirables aux médicaments, dont je vous parlerai plus en détail; et la sous-utilisation de services efficaces tels que les vaccinations des enfants et des adultes, les tests de dépistage préventifs du cancer et bien d'autres.

Pour vous dire quelques mots du sujet des erreurs liées au système, et vous en avez certainement déjà entendu parler, Barbara Starfield a publié il y a quelques mois des estimations à ce sujet dans un éditorial du *Journal of the American Medical Association*. Environ 100 000 décès par an aux États-Unis sont liés à une erreur du système. Il s'agit notamment d'erreurs chirurgicales, d'erreurs lors de l'anesthésie, d'erreurs de médication, de toutes sortes d'erreurs. Mme Starfield précise que si l'on ajoute à cela les décès dus à des infections contractées lors d'hospitalisation et les décès consécutifs à des médicaments qui n'étaient pas erronées, le chiffre double et passe à 200 000. Ensuite, si l'on sort du milieu hospitalier pour prendre l'ensemble de la collectivité, on peut ajouter 200 000 décès liés à l'administration de médicaments. Ce ne sont pas toujours des erreurs, et ce ne sont pas toujours des décès qui auraient pu être évités, mais il reste que le système de soins de santé est une cause importante de décès aux États-Unis.

Si vous ajoutez à cela d'autres choses telles que les infections nosocomiales qui se développent dans les établissements de soins infirmiers et ailleurs, cette catégorie se classe parmi les premières en matière de cause de décès, avec l'équivalent de cinq 747 qui s'écraseraient chaque jour aux États-Unis.

Le président: Ces données sont vraiment rassurantes.

Dr Millar: Il vaut mieux prendre l'avion que d'aller à l'hôpital. Nous avons très peu de données pour le Canada, en tout cas pas de données systématiques, mais par extrapolation, on peut dire que le système ici n'est certainement pas meilleur. En prenant le rapport habituel de 10 à 1, cela nous donnerait 50 000 décès par an dus aux erreurs, aux infections et à des problèmes entraînés par des médicaments, soit un bilan analogue à celui des principales causes de décès au Canada, les maladies cardiaques et le cancer. Et ces chiffres ne parlent même pas de l'accroissement de la morbidité, de la durée accrue des séjours et de la hausse des coûts que cela entraîne. Au Canada, c'est l'équivalent d'un écrasement de 747 tous les deux jours.

Le seul encouragement pour l'instant, c'est que grâce au financement du Carnet de route, et en partenariat avec l'Institut canadien de recherches sur la santé, nous entreprenons des recherches dans le contexte canadien pour essayer au moins d'avoir une idée de l'ampleur des erreurs au sein du système hospitalier. Nous espérons que, quand nous aurons recueilli les résultats de ces recherches, dans un an et demi, nous pourrions vous soumettre des informations beaucoup plus solides sur la question.

Part of that research endeavour is to scope out specific indicators that we can extract from administrative databases to track progress that has been made in Canada.

I would like to briefly hit some of the highlights of the report in front of you. You will have time to go through it in more detail. Health care expenditures, both public and private, continue to rise. We are approaching \$96 billion per year. Despite that, and I made this point to you last year, public sector per capita spending in other countries is actually moving ahead of Canada. We are somewhere in the eighth or tenth ranking amongst the OECD countries in terms of how much public money we spend per capita in this country. The United States spends considerably more than we do, despite the fact that they have a privatized, so-called "competitive" managed system.

There are some interesting things to pay attention to there. Hospital beds continue to close. There are data in the report showing that, to some degree, those hospital bed closures are being compensated for by more day surgery and services in the community. As Minister Rock said at the press conference, that does not mean that some of the burden for this care is not being shifted onto individuals and families. We do not have data on that. It would be interesting to obtain more data on it.

We continue to see quite high levels of satisfaction among people who have directly experienced health care. The range is 80 to 90 per cent. Depending on which surveys you look at, there is, by and large, very good satisfaction among people who are personally experiencing the health care system.

On the other hand, the percentage of those who gain their impressions more generally and are satisfied with the system has dropped over the 10-year period to 60 to 70 per cent. That has either stabilized or gone up a little in the last year.

Part of this business of closing beds and intensifying the level of care in hospitals is being reflected on both physicians and nurses. Of course, the nursing numbers per capita have dropped. That is being reflected in time off work for stress and so forth. You will see such data in the report.

We do not have comparable data from across the country on the very prominent issue of wait times. We can point to some jurisdictions, such as Alberta, where they are trying to get some standardized and comparable data in place. This also holds for Ontario and B.C. to some degree, where there are mixed results. Some of the waiting times are going down while others are going up. We cannot make a true comparison, but we are working on that.

We present some interesting outcome data here. For the first time, we have been able to show the likelihood of surviving when you are admitted to hospital for an acute myocardial infarction, for example. We show that there is roughly a twofold difference across the country, depending on where you are admitted, in how likely you are to survive for a month after a heart attack.

Ce travail de recherche consiste en partie à exploiter des indicateurs précis que nous pourrions tirer des bases de données administratives pour mesurer les progrès accomplis au Canada.

J'aimerais vous donner un bref aperçu des points saillants de ce rapport. Vous aurez le temps de le lire à tête reposée. Les dépenses de santé, publiques et privées, continuent d'augmenter. Nous approchons des 96 milliards de dollars par an. Malgré cela, et je vous l'avais déjà dit l'an dernier, les dépenses du secteur public par habitant progressent plus vite dans les autres pays qu'au Canada. Nous nous classons vers le huitième ou dixième rang dans les pays de l'OCDE pour ce qui concerne le budget public par habitant dans ce domaine. Les États-Unis, malgré le fait qu'ils ont un système privatisé et soi-disant « concurrentiel », y consacrent nettement plus d'argent que nous.

Il y a des choses intéressantes à remarquer ici. On continue de fermer des lits d'hôpitaux. Selon des données publiées dans le rapport, ces fermetures de lits sont dans une certaine mesure compensées par des chirurgies d'un jour et des services rendus en dehors du milieu hospitalier. Comme l'a dit le ministre Rock lors de la conférence de presse, cela ne veut pas dire qu'on ne transfère pas une partie du fardeau de ces soins aux particuliers et aux familles. Nous n'avons pas de données à ce sujet, et il serait intéressant d'en avoir plus.

Nous constatons que le niveau de satisfaction des personnes qui ont bénéficié directement des soins de santé demeure élevé, de 80 à 90 p. 100. Selon les enquêtes, on constate dans l'ensemble un très bon degré de satisfaction chez les personnes qui sont personnellement en contact avec le système de soins de santé.

En revanche, chez les personnes qui se font une impression plus générale du système, le degré de satisfaction est descendu en 10 ans aux alentours de 60 à 70 p. 100. Le pourcentage s'est stabilisé ou a légèrement remonté l'an dernier.

Toutes ces fermetures de lits et cette intensification du niveau des soins de santé dans les hôpitaux se répercutent sur les médecins et les infirmières et infirmiers. Naturellement, les effectifs infirmiers par habitant ont baissé. Cela entraîne des absences motivées par le stress, etc. Vous avez toutes ces données dans le rapport.

Nous n'avons pas de données comparables sur l'ensemble du pays en ce qui concerne la question primordiale des délais d'attente. Nous pouvons mentionner des provinces comme l'Alberta, où l'on essaie de recueillir des données normalisées et comparables. C'est aussi le cas dans une certaine mesure en Ontario et en Colombie-Britannique, où les résultats sont mitigés. Dans certains cas, les délais diminuent, alors qu'ailleurs ils augmentent. Nous ne pouvons pas vraiment faire de comparaisons, mais nous y travaillons.

Nous présentons des données intéressantes sur les résultats. Pour la première fois, nous avons pu établir les chances de survie d'une personne admise à l'hôpital pour infarctus aigu du myocarde. Nous montrons que les chances de survivre un mois après une crise cardiaque vont du simple au double selon l'endroit du pays où l'on est hospitalisé.

Life expectancy continues to go up. Infant mortality rates continue to drop. Overall mortality rates continue to improve. There has been yet another study showing that despite hospital closures and the predictions of doom and gloom and people dying in the streets, by and large that has not happened, and mortality rates have continued to improve in specific groups that have been examined.

On the broader population front, there is the very disturbing finding from the Canadian Population Health Initiative that we are facing an epidemic of obesity in our young people. In the past decade, obesity in the 7- to 13-year age group has roughly doubled. That has huge implications downstream for diabetes, hypertension, heart disease, renal disease, transplant programs, hospital care, physician care, drugs, et cetera. We know that young people who are obese tend to be obese as adults. If we get a doubling of the rate in adults, we will have major problems.

As I said to you last year, there is far more that we do not know than we do know. We are beginnings to drill down a little, scratching the surface a little more deeply. Where we have outcome data in the report, it is still clearly in the hospital sector. We have not been able to move into home care, pharmaceuticals, primary care and mental health. All those issues remain without data. There are projects underway on all of those. Thus, in the fullness of time, there will be data. As I said, we will address errors. We will also be addressing costs and value for money.

That is a very quick run-through of some of those things. I was asked to address the current investments in the health information system. This is a very rough estimate, but approximately \$1 billion to \$2 billion is the amount across the country, or 1 to 2 per cent of total health care expenditures if we take \$96 billion as being the total.

As Mr. Pascal mentioned, the banks have long been in this business, as have insurance companies, the airlines and package delivery systems. They all spend anywhere up to 10 to 12 per cent of their total operating budgets on collecting, managing and analyzing data. Thus, there is quite a gap there. Where should we be? I think I have heard Mr. Pascal say that we should be at 5 or 6 per cent.

Mr. Pascal: Banks invest approximately 7 per cent of ongoing operating costs, while insurance companies invest about 12 per cent. The health sector is no less information intensive than those industries. We have a unique dimension. We are a "high touch" industry, meaning there is a very high human interaction dimension which complicates how one tries to manage information. At a minimum, you need probably around 7 to 8 per cent. This means you need at least a threefold or fourfold increase in what I call "information communication technology investment" in the provision of care in this country.

L'espérance de vie continue de progresser et les taux de mortalité infantile de diminuer. Le taux de mortalité global continue de s'améliorer. Il y a eu encore une étude qui a montré que malgré les fermetures d'hôpitaux et les prédictions catastrophiques selon lesquelles on allait voir des gens mourir dans la rue, la situation ne s'est pas aggravée et le taux de mortalité a continué de s'améliorer dans les groupes précis qui ont été étudiés.

Sur un front plus général, il y a le constat très inquiétant de l'Initiative sur la santé de la population qui a mis en évidence une épidémie d'obésité dans notre jeunesse. Au cours de la dernière décennie, l'obésité a en gros doublé dans le groupe des 7 à 13 ans. Cette situation a d'énormes répercussions en aval, qu'il s'agisse de diabète, d'hypertension, de maladies cardiaques, de maladies rénales, de programmes de greffe, de soins hospitaliers, de soins par les médecins, de médicaments, etc. On sait que les jeunes qui sont obèses ont tendance à être obèses quand ils sont adultes. Si le nombre d'adultes obèses double, nous allons avoir de sérieux problèmes.

Comme je vous le disais l'an dernier, nous ne savons que peu de choses en comparaison de tout ce que nous ignorons. Nous commençons seulement à creuser un petit peu, à égratigner la surface. Les résultats concrets que nous mentionnons dans le rapport sont clairement dérivés du secteur hospitalier. Nous n'avons pas encore pu nous pencher sur le secteur des soins à domicile, des produits pharmaceutiques, des soins primaires et de la santé mentale. Pour tout cela, nous n'avons toujours pas de données. Il y a des projets en cours dans tous ces domaines. Donc, nous finirons par avoir des données. Comme je vous l'ai dit, nous corrigerons aux erreurs, et nous nous occuperons des coûts et de leur optimisation.

Ceci n'est qu'un très rapide aperçu de l'ensemble. On m'a demandé de parler des investissements actuels dans le système d'information sur la santé. C'est une estimation très vague, mais le montant est d'un à deux milliards de dollars pour l'ensemble du pays, soit 1 à 2 p. 100 des dépenses totales de la santé si l'on part d'un total de 96 milliards.

Comme l'a dit M. Pascal, les banques pratiquent depuis longtemps ce genre d'activité, de même que les compagnies d'assurances, les compagnies aériennes et les entreprises de livraison de colis. Toutes ces entreprises consacrent de 10 à 12 p. 100 de leur budget d'exploitation total au recueil, à la gestion et à l'analyse de données. L'écart est donc considérable. Où devrions-nous en être? Je crois que M. Pascal a dit que nous devrions être à 5 ou 6 p. 100.

M. Pascal: Les banques investissent environ 7 p. 100 de leurs frais d'exploitation courants dans ce genre d'activité, alors que les compagnies d'assurances y investissent environ 12 p. 100 de leur budget. Le secteur de la santé dépend tout autant de l'information que ces industries. Nous avons une dimension bien particulière. Nous sommes une industrie à réponse humaine compensatoire, c'est-à-dire qu'il y a une très importante interaction humaine qui complique la gestion de l'information. Il faudrait probablement au moins 7 ou 8 p. 100 du budget. Autrement dit, il faudrait au moins tripler ou quadrupler ce que j'appelle l'investissement dans la

Dr. Millar: As we look ahead to trying to develop better information, clearly the need to capture some of this quality aspect is there. We have inadequate data, both in terms of content, as I have outlined to you, and in terms of timeliness. Many of the data in this report, for example, for life expectancy, are from 1997. They are four years old. We have to do better in terms of some of the basic data on hospital performance, health status, et cetera. There is a lot to be done there, which will require more investment. We have far more information on airlines, cars, VCRs and professional athletes than we do on our own health care system.

There is a question of system resistance. Hospitals, agencies and providers have long been used to working, as the Institute of Medicine reports describe it, as a "cottage industry," looking after themselves and their own quality processes but not wanting to share that publicly. There has to be an increased stress on accountability and informing consumers who, as Mr. Pascal said, are largely uninformed.

Mr. Pascal has already touched on the privacy issues. I want to emphasize that from our perspective, it is extraordinarily important to achieve a balance here between privacy and ensuring that the data flows continue, so that we can move ahead in getting good performance data on the system.

CIHI has had a long record of secure and confidential management of health information that is personally identified. We need that in order to make these linkages and produce these data. At the moment, we are working effectively within a framework of provincial legislation and bilateral data-sharing agreements. These are in the process of being strengthened and harmonized across the country. We are anxious to continue within that context because it works extremely well for us. We are able to ensure total privacy of the data, and at the same time, due to the necessary linkages and so forth, to produce the kind of data that are in that report in front of you.

It will be absolutely critical for the ongoing performance monitoring and accountability process. These arrangements are not impeded or impaired in any way by pending federal legislation. We are seeing that research access to our databases is already being impaired by the need to think ahead here.

I will make the point that when Minister Manley introduced what was then Bill C-6, he specifically identified CIHI as not intended for inclusion in the provisions of the bill. It will be very important to preserve that integrity of data flow.

The Chairman: It would have been helpful if, instead of saying it orally, it had been in the bill. That is an underlying and real problem. However, we will come back to it.

technologie de communication de l'information dans notre système de santé au Canada.

Dr. Millar: Puisque nous voulons recueillir de meilleures informations, il faut évidemment tenir compte de cet élément de qualité. Nos données laissent à désirer, que ce soit en termes de contenu, comme je vous l'ai dit, ou en termes d'actualité. Par exemple, une bonne partie des données concernant l'espérance de vie qui figurent dans ce rapport datent de 1997. Elles remontent à quatre ans. Nous devons pouvoir nous procurer de meilleures données de base sur le rendement des hôpitaux, l'état de santé, etc. Il y a beaucoup à faire dans ce domaine, et cela nécessitera plus d'investissement. Nous avons beaucoup plus d'information sur les lignes aériennes, les automobiles, les magnétoscopes et les athlètes professionnels que sur notre propre système de soins de santé.

Il y a la question de la résistance du système. Les hôpitaux, les organismes et les professionnels de la santé sont habitués depuis longtemps à fonctionner, comme le disent les rapports de l'Institut de médecine, comme une industrie artisanale, en s'occupant d'eux-mêmes et de leurs propres normes de qualité, mais sans vouloir en parler publiquement. Il faut insister plus pour que ce secteur rende des comptes et informe les consommateurs qui, comme l'a dit M. Pascal, sont très mal informés dans l'ensemble.

M. Pascal a déjà mentionné les questions de vie privée. Je tiens à souligner que, de notre point de vue, il est extrêmement important de trouver un équilibre entre la vie privée d'un côté et le maintien d'une bonne communication des données, pour que nous puissions disposer de solides données sur le rendement du système.

La réputation de l'ICIS en matière de respect de la sécurité et de la confidentialité des informations sur la santé de personnes identifiées n'est plus à faire. C'est essentiel pour établir ces liens et fournir ces données. Pour l'instant, nous travaillons efficacement dans le cadre des lois provinciales et des accords bilatéraux de partage de données, que l'on est en train de renforcer et d'harmoniser dans tout le pays. Nous souhaitons vivement continuer à travailler dans ce contexte, car cela marche extrêmement bien. Nous pouvons garantir le respect absolu de la confidentialité des données, et en même temps, compte tenu des liens nécessaires, etc., publier le genre de données que vous avez dans ce rapport.

Ce sera absolument essentiel pour permettre l'évaluation continue des résultats et pour le processus d'imputabilité. Ces dispositions ne sont nullement entravées ou gênées par la loi fédérale prévue. Nous voyons que l'accès des chercheurs à nos bases de données est déjà influencé par le fait qu'il faut prévoir et anticiper.

J'ajouterai que lorsque le ministre Manley a présenté ce qui était à l'époque le projet de loi C-6, il a précisé que l'ICIS ne devait pas être inclus dans les dispositions du projet de loi. Il faudra absolument préserver l'intégrité du flux des données.

Le président: Au lieu de le dire simplement, il aurait été bon de l'écrire dans le projet de loi. C'est un véritable problème. Mais nous y reviendrons.

Dr. Millar: In terms of solutions to some of these problems, there is no question there will be increased need for investment. Mr. Pascal has touched on the electronic medical record that will be extremely important. We need to move in health from being a cottage industry to a continuous quality improvement culture.

I will stop there, Mr. Chairman. I was asked to address the role of stakeholders, but I am running over my time. We can come back to those if you wish.

Dr. Robert Filler, President, Canadian Society of TeleHealth: Honourable senators, thank you for inviting me to speak to your committee today. I would like everyone to look at a handout that I have circulated. Much of what I will say will benefit from this visual representation.

I should like to describe this business of telehealth. You have heard from the 30,000-foot level, and you have heard some other information. I am approaching the subject from what you might describe as the bottom end, or the street level. I will talk about how new technology advances are starting to change health care delivery, and have the great potential to make some order out of the chaos that exists in our delivery system.

When I mention the word "telehealth" to my friends, they ask what it is all about. For that reason, I thought I had better define the term so you understand it completely, because people use this word in various ways.

There are five basic components of telehealth. The first one used to be called telemedicine, which is providing consultations at a distance using video conferencing. The video conferencing is live and interactive, and uses a relatively high bandwidth, for those of you familiar with the technology. It is like watching CNN interview someone live. By utilizing this equipment, and devices at the far end, we can provide care to people at great distances. One understands in an instant the geographic limitations of care in Canada and how powerful such a system can be.

We also use video conferencing for education and training. Considerable education and training are necessary, particularly in remote communities, when one is looking at more and more complicated problems in care, and that is another important aspect of telehealth.

The health information part is a service to the public. I believe Mr. Pascal touched on that in his presentation. That is the kind of health information that consumers would access through the Internet, with which many of you are familiar.

Then there is the electronic health record, which is the information transfer of laboratory data and health records. There is another major area of care that we have called monitoring, telecare and triage. I will describe a couple of these in more detail as I go along. Many of these stand as individual components.

At the end of my presentation, I hope you will appreciate how all of these things must act together to create the seamless technology system that will come about over the next years in this 21st century.

Dr. Millar: Pour ce qui est des solutions à apporter à certains de ces problèmes, il est évident qu'il faudra encore investir. M. Pascal a souligné l'importance des dossiers médicaux électroniques. Dans le domaine de la santé, nous devons passer du style artisanat familial à une culture de recherche constante de la qualité optimale.

Je m'en tiendrai là, monsieur le président. On m'a demandé de parler du rôle des intervenants, mais je dépasse le temps qui m'a été imparti. Nous pourrions revenir à cela si vous le désirez.

Dr Robert Filler, président, Société canadienne de télésanté: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à venir au comité aujourd'hui. Je vous invite tous à regarder une brochure que j'ai distribuée. Vous y trouverez une illustration de l'essentiel de mes propos.

Je voudrais décrire ce que nous entendons par télésanté. Vous en avez entendu parler à 30 000 pieds d'altitude et vous avez eu quelques autres renseignements. Je vais vous présenter le sujet au ras du sol, au niveau de la rue. Je vais expliquer de quelle façon les nouveaux progrès technologiques commencent à transformer les soins de santé et ont le potentiel de rétablir l'ordre dans le chaos qui existe actuellement dans notre système.

Lorsque je mentionne le mot «télésanté» à mes amis, ils me demandent de quoi il s'agit. C'est pourquoi j'ai jugé bon de définir le terme afin que vous le compreniez bien, parce qu'on utilise souvent ce mot de différentes façons.

Il y a cinq composantes de base en télésanté. La première, qui s'appelait télé médecine, correspond à des consultations à distance au moyen de vidéoconférences. La vidéoconférence est interactive et se fait en direct, et utilise une assez grande largeur de bande, pour ceux qui connaissent la technologie. C'est un peu comme de regarder une entrevue en direct sur CNN. Grâce à ce matériel, et avec des appareils à l'autre bout, nous pouvons soigner des patients à de grandes distances. On comprend tout de suite les problèmes que pose la géographie au Canada et l'intérêt que peut avoir un tel système dans ces conditions.

Nous utilisons également les vidéoconférences pour l'enseignement et la formation. Il en faut beaucoup, particulièrement dans les localités éloignées, où les problèmes de soins sont de plus en plus compliqués, et c'est un autre aspect important de la télésanté.

Le côté information de santé est un service au public. Je crois que M. Pascal en a parlé tout à l'heure. C'est le type de renseignements de santé que les consommateurs peuvent trouver sur Internet, et que beaucoup d'entre vous connaissent bien.

Il y a ensuite le dossier médical électronique, c'est-à-dire le transfert des données de laboratoire et des dossiers de santé. Il y a un autre domaine de soins que nous avons appelé suivi, télésoin et triage. Je vous donnerai davantage de précisions à ce sujet au fur et à mesure. Certains de ces aspects correspondent à des éléments individuels.

À la fin de mon exposé, j'espère que vous aurez compris de quelle façon tous ces éléments doivent se combiner pour créer le système technologique homogène qui doit être mis en place au cours des prochaines années en ce XXI^e siècle.

There are a significant number of telehealth applications in Canada today. There is tele-consultation and tele-education. For example, there is much work being done in Nova Scotia because of their shortage of radiologists. X-rays are transmitted from places where there are no radiologists, to centres where these films can be read. Tele-psychiatry is booming. For the most part, patients say they would rather see the psychiatrist on a television than sit in the office live. They have a greater sense of privacy when that occurs.

The Ministry of Health in Ontario has referred to tele-triage as "telehealth," and that is the provision of nurse call centres. New Brunswick was the leader in this area, and in Ontario there are now 24-hour nurse call centres for people to phone for medical information. Then they can be triaged to wherever they need to go, or stay home. This has been a big help in decreasing the numbers of people who report for emergency room care.

There is also the issue of tele-homecare, which provides care using video conferencing in people's homes. Data is received from the home, thereby removing the need to attend at the hospitals. All of this keeps people closer to their homes and communities and away from the big centres, something that is a goal of everyone in the health care business.

The next item I wish to point to is the electronic health record. Many people are working on this. This is the piece that ties all these other pieces together, because when a physician sees a patient, the health record must be sitting right there. It cannot be some amorphous mess hidden in the corner. The patient's record must be part and parcel of all these other applications of daily health care. It cannot be the 28 million different systems that we have today. We need some systems that talk to one another, so that patients can receive care wherever they are, with the appropriate information available.

I wish to draw your attention to a slide that shows the Hospital for Sick Children telehealth links from May 2000. There are links from major cities to various communities around the country. This service is available wherever there are high-speed phone lines, not just to the Hospital for Sick Children where I work, but to many other communities as well. We are looking at a great expansion in this area.

I would like to refer next to live, interactive tele-consultation. In one instance, a little girl was sitting in Thunder Bay and I was talking with her and her mother from Toronto. Here is her X-ray. In this situation, the effect is as if you are seeing a patient live, with all the data about that patient that you need. The only thing you cannot do with this technology is touch, but there are so many other things that have replaced touch. We have MRIs, CT scans and ultrasounds that are more accurate than touch. Many times, touch is not completely necessary.

Il existe un assez grand nombre d'applications de télésanté au Canada aujourd'hui. Il y a les téléconsultations et le télé-enseignement. Par exemple, on travaille beaucoup de cette façon en Nouvelle-Écosse du fait du manque de radiologues. Les radios prises dans des endroits où il n'y a pas de radiologues sont transmises à des centres où les films peuvent être lus. La télépsychiatrie est en plein essor. Pour la plupart, les patients disent qu'ils préfèrent voir le psychiatre à la télévision plutôt que d'être assis en personne dans son bureau. Ils ont le sentiment qu'on respecte davantage leur vie privée de cette façon.

Le ministère de la Santé de l'Ontario a appelé le télétriage «télésanté», et il s'agit de centres d'appels infirmiers. Le Nouveau-Brunswick a été le précurseur dans ce domaine et en Ontario il existe maintenant des centres d'appels infirmiers fonctionnant 24 heures par jour et où les gens peuvent téléphoner pour obtenir des renseignements médicaux. On peut alors aiguiller les patients vers les endroits appropriés, ou les faire rester à la maison. Cela a été très utile pour faire diminuer le nombre de personnes se présentant aux salles d'urgence.

Il y a aussi la question du télésoin à domicile, où l'on dispense des soins à domicile au moyen de vidéoconférences. Les données sont envoyées à partir du domicile de sorte qu'il n'est pas nécessaire d'aller à l'hôpital. De cette façon, les gens peuvent rester près de chez eux et loin des grands centres, ce que tout le monde recherche dans le domaine de la santé.

Ensuite, je voulais dire un mot du dossier médical électronique. Beaucoup de gens travaillent là-dessus. C'est l'élément qui relie tous les autres, parce que lorsqu'un médecin voit un patient, le dossier médical doit être à côté de lui. Ce ne peut pas être un fatras caché dans un coin. Le dossier du patient doit faire partie intégrante de toutes les autres applications des soins de santé quotidiens. On ne peut plus avoir les 28 millions de systèmes différents qu'on a aujourd'hui. Il faut des systèmes qui se parlent, afin que les patients puissent être soignés où qu'ils se trouvent, en disposant de l'information appropriée.

Je voudrais attirer votre attention sur une diapositive qui montre les liens de télésanté de l'Hôpital pour enfants malades à partir de mai 2000. Ce sont des liens partant des grandes villes vers différentes localités dans l'ensemble du pays. Ce service est disponible partout où il y a des lignes téléphoniques à grande vitesse, pas uniquement pour l'Hôpital pour enfants malades, où je travaille, mais pour beaucoup d'autres localités également. Il devrait y avoir une grande expansion dans ce secteur.

Ensuite, je voudrais parler des téléconsultations interactives en direct. Un jour, il y avait une petite fille à Thunder Bay et je leur parlais, à elle et à sa mère, depuis Toronto. Voici sa radio. Là, on a l'impression de voir vraiment le patient, en ayant toutes les données voulues à son sujet. La seule chose que l'on ne puisse pas faire avec cette technique, c'est de toucher, mais il y a beaucoup d'autres choses qui ont remplacé le toucher. Nous avons l'IRM, les tomodensitogrammes et les échographies qui sont plus exacts que le toucher. Bien souvent, le toucher n'est pas vraiment nécessaire.

You get a good feel for this extra dimension of seeing people and speaking with them directly, rather than just through telephones or having someone courier X-rays. It makes a big difference. Questions can be asked back and forth between the physician and the patient.

We have looked at the cost savings. I have a document that talks about that. The interesting thing is, it probably does not save the ministries of health much money. We have not done a good cost analysis to date. It does save on northern travel grants. If you look at the cost of transporting a child and the family from Thunder Bay, the average cost savings per family was \$1,300. That was from the Thunder Bay region to Toronto. That is a fairly significant issue for families.

The next picture shows a child, one of whose hands does not look quite normal. I bring that up because it is a good example of how this works. This is a boy whose hand was severed in a farm accident and reattached in Toronto. He needed long-term physiotherapy. That special physiotherapy was not available in that community. By using teleconferencing, our physiotherapists were able to instruct local physiotherapists, and then we provided follow-up. This allows the boy to leave our hospital and return to his home, which is 500 miles away.

The next part, which is particularly exciting, is the kind of home care that is coming into being. In one of our own projects, we have set up a monitoring station within our hospital. Instead of the system being hospital-based, we wanted a home and a community care provider.

We have the community care access centre nurses linked in with the hospital nurses, the hospital physicians and the family physicians.

On the next page you can get an idea of what this looks like. A little television screen and a camera sitting on top are in the home. That camera will also transmit data. We can get blood pressure information from people who are sick. We can tell how much oxygen is in their blood. We can do all of those things and transmit that data, as well as the living image, to a call centre, which you will see on the next page, where the nurse is sitting and seeing the child at home.

The efficiencies of all of this must be worked out. Certainly it is clear that one nurse could see many more people in their homes if we cut out what has been called "windshield time." That is, if nurses were not in the car six hours a day. They could be seeing people six hours a day. Therefore, there are a lot of efficiencies in this system that could be worked on.

I want to say something about health care delivery today, and what all this could mean for the future. On the next page is something I cut out from the *Ontario Medical Review*. It is called the "Current Chaos of Care." To me it is impressive, and it says it all. That is what health care is in Canada today. Everything is

Cela ajoute une autre dimension et l'on se sent bien de pouvoir voir les personnes, de pouvoir leur parler directement, plutôt qu'uniquement par téléphone, ou plutôt que de recevoir les radios par messenger. Cela fait une grosse différence. Il peut y avoir un véritable dialogue entre le médecin et le patient.

Nous avons étudié les économies réalisées. J'ai un document sur ce sujet. Ce qui est intéressant, c'est que cela ne représente sans doute pas beaucoup d'économies pour les ministères de la santé. Pour l'instant, nous n'avons pas fait une bonne analyse des coûts. C'est une économie pour ce qui est des subventions de voyage dans le Nord. Compte tenu du coût du transport pour un enfant et sa famille à partir de Thunder Bay, les économies moyennes par famille se montaient à 1 300 \$ de la région de Thunder Bay à Toronto. C'est très important pour les familles.

L'image suivante représente un enfant, dont l'une des mains ne semble pas tout à fait normale. Je vous en parle parce que c'est un bon exemple pour illustrer le fonctionnement du système. C'est un garçon dont la main a été coupée lors d'un accident dans une ferme et remise en place à Toronto. Il avait besoin de physiothérapie à long terme. Cette physiothérapie spéciale ne se faisait pas dans sa région. Grâce aux téléconférences, nos physiothérapeutes ont pu donner les instructions nécessaires aux physiothérapeutes locaux, et nous avons ensuite assuré le suivi. Cela permet au jeune garçon de quitter notre hôpital et de rentrer chez lui, à 500 milles de distance.

La partie suivante, qui est particulièrement intéressante, présente de nouveaux soins de santé à domicile qui vont bientôt être possibles. Dans l'un de nos projets, nous avons installé une station de suivi à l'intérieur de l'hôpital. Au lieu d'un système basé à l'hôpital, nous voulions une maison et un fournisseur de soins communautaires.

Les infirmières du centre d'accès aux soins communautaires sont reliées aux infirmières et aux médecins de l'hôpital et aux médecins de famille.

À la page suivante, vous pouvez voir à quoi ça ressemble. Il y a au domicile un petit écran de télévision avec une caméra au-dessus. Cette caméra va aussi transmettre des données. Nous pouvons avoir des renseignements sur la tension artérielle des personnes malades. Nous pouvons savoir quelle est la quantité d'oxygène dans leur sang. Nous pouvons faire tout cela et transmettre ces données, ainsi que l'image en direct à un centre d'appels, que vous allez voir à la page suivante, où l'infirmière est assise et regarde l'enfant à la maison.

Il faudra déterminer les économies dans tout cela. Il est clair que l'infirmière pourrait voir beaucoup plus de personnes à leur domicile si nous enlevions ce qu'on a appelé «le temps passé derrière le pare-brise». C'est-à-dire, si les infirmières ne passaient pas six heures par jour dans leur voiture. Elles pourraient voir des patients six heures par jour. Ce système devrait donc permettre de réaliser des gains considérables.

Je voudrais dire un mot à propos de la prestation de soins de santé aujourd'hui, et voir ce que ceci peut signifier pour l'avenir. À la page suivante se trouve un schéma que j'ai découpé dans le *Ontario Medical Review*. Ça s'intitule le «chaos actuel des soins de santé». À mon avis, c'est frappant et ça résume parfaitement la

disconnected. Anyone who has been ill or required services realizes that you have to deal with more than one person. God only knows what could happen to you. That is the situation today.

There is another example of the present system on the next page. Those "Ps" in the circles represent one person, the same patient. That is the patient. One or two hospitals could see that patient. They could be cared for by a social worker, family doctor, specialist and other people, including midwives and community care access nurses. You name it. They are all individual encounters. They do not link together.

On the next page, entitled "Priorities for Action in Canadian Health Care," is a summary of the results of the first ministers' conference last fall. You will see the things that I think we all would love to see happen — better access to care, bringing care closer to communities and home, expanded home care and community care, primary care reform, education and training to recruit and retain people in remote places, enhanced information communications technologies which will integrate all of these services at all points of care, and health promotion and wellness.

If you recall the first slide that I showed about telehealth, I think that you will appreciate that the technology to make all of those things possible is available, if it is integrated properly and every system talks to every other system.

There have recently been some important federal and provincial announcements. I thought that I would list them. CHIPPA grants worth \$80 million were recently awarded. A new corporation, the Canada Health Infoway, has been established with \$500 million, and will hopefully enhance what is going on now. Members of this committee are perhaps aware of the National Broadband Task Force. That is an Industry Canada initiative to extend broadband throughout the country by 2004.

That is very important for telehealth because we need the big broadband to see live images. If we want to see an echocardiogram from a child in Nunavut, we need broadband. It is necessary to direct the local person on what to do and how to get the right picture.

There is an expense to this, but there is agreement that the national broadband need not only be for health needs. There are educational and other social functions that could occur through this broadband.

The future of this technology is to connect our hospitals and communities. We could dispense with that chaos in health care.

On the next-to-last page, I have shown the convergence of the telehealth applications and the technology. The last page depicts a patient in the centre, with community services, hospital providers and family physicians all linked together electronically.

situation. C'est tout à fait la situation des soins de santé au Canada actuellement. Tout est déconnecté. Tout malade ayant eu besoin de services sait qu'il faut traiter avec plus d'une personne. Dieu seul sait ce qui peut arriver. C'est la situation aujourd'hui.

Il y a un autre exemple du système actuel à la page suivante. Ces «P» dans les cercles représentent une personne, le même patient. La personne peut être vue dans un ou deux hôpitaux. Il peut y avoir pour s'occuper d'elle un travailleur social, un médecin de famille, un spécialiste et d'autres personnes, comme des sages-femmes et des infirmières de soins communautaires. Tout ce que vous voulez. Ce sont toujours des rencontres individuelles. Sans aucun lien entre elles.

À la page suivante, intitulée «Besoins prioritaires — Soins de santé au Canada», on trouve un résumé des résultats de la conférence des premiers ministres l'automne dernier. Vous voyez là tous les éléments que nous désirons tous — un meilleur accès aux soins, le rapprochement des soins des collectivités et des citoyens, une extension des soins communautaires et à domicile, la réforme des soins primaires, l'éducation et la formation pour recruter et maintenir en poste le personnel de santé dans les régions éloignées, une amélioration des technologies de communications et d'information qui permettra d'intégrer tous ces services à tous les points de soins, et la promotion de la santé et du bien-être.

Si vous vous souvenez de la première diapositive que j'ai montrée au sujet de la télésanté, vous vous rendrez compte que la technologie qui rend tout cela possible existe, si l'intégration est bien faite et si tous les systèmes sont connectés entre eux.

Il y a eu récemment plusieurs annonces importantes aux niveaux fédéral et provincial. J'en ai fait la liste. Des subventions du PPICS d'une valeur de 80 millions de dollars ont été accordées récemment. Une nouvelle société, l'Inforoute canadienne de la santé, a été établie avec 500 millions de dollars, et elle devrait renforcer ce qui se fait actuellement. Les membres du comité connaissent peut-être le Groupe de travail sur l'accès universel. Il s'agit d'une initiative d'Industrie Canada visant à étendre la bande large à tout le pays pour 2004.

C'est crucial pour la télésanté parce que nous avons besoin de la bande large pour voir les images en direct. Pour voir l'échocardiogramme d'un enfant du Nunavut, nous avons besoin de la bande large. Elle est nécessaire pour expliquer à la personne se trouvant sur place ce qu'elle doit faire et comment obtenir la bonne image.

Il y a un coût à cela, mais il est convenu que la bande large nationale ne doit pas servir uniquement aux besoins en santé. Elle pourrait également être utilisée à des fins éducatives et d'autres fonctions sociales.

À l'avenir, cette technologie doit connecter nos hôpitaux et nos communautés. Nous pourrions nous passer de ce chaos dans le domaine de la santé.

À l'avant-dernière page, j'ai montré la convergence des applications de télésanté et de la technologie. La dernière page décrit un patient au centre, avec les services communautaires, les professionnels hospitaliers et les médecins de famille tous reliés électroniquement.

The Chairman: Thank you, Dr. Filler, for that fascinating overview. I loved your three diagrams of the 19th, 20th and 21st century delivery systems.

Senator LeBreton: There are many questions that we could ask. I believe that you, Mr. Pascal, talked about health information and the areas on which you were focusing — electronic health records, integrated provider solutions and putting information in the hands of the public. I have a specific question on privacy, and perhaps Dr. Millar may want to address it too.

Past witnesses have testified about rapid advances in the area of genetic testing, with the result that it is possible to identify people who are genetically susceptible to certain conditions such as cancer, diabetes, or heart disease. Dr. Bernstein from the Canadian Institute of Health Research called it “genetic inheritance.”

Given the availability of this information, and the possibilities for both positive and negative use, how will we keep it going in the right direction and not end up with some form of genetic discrimination? For example, if a company is considering hiring an individual, but they find out that that individual carries a risk of developing a certain condition, would they perhaps decide not to? If this information got into the hands of insurance companies, would they refuse to insure the individual, or require him or her to pay a higher rate?

What is being done, either in Health Canada or in the Institute for Health Information, to deal with this issue? I think, Dr. Millar, that you listed privacy issues on your illustration of concerns and problems.

Dr. Millar: We must recognize that the public is greatly concerned about exactly the question that you have raised.

On the other hand, people do want to know, when they go into hospital, if they will survive a heart attack or not. People do want to know how their community is doing in terms of cancer care compared with the neighbouring community or the neighbouring province. All of that needs to be balanced.

In order to reassure the public, we must make sure that there are good privacy, confidentiality and security provisions in place. That is currently being achieved to a large degree with existing legislation, but it needs to be enhanced.

Wherever we can, we should make sure that organizations like ours are handling that private information appropriately. We should ensure that organizations are operating under legally sanctioned provisions, with adequate means to ensure that the data do not leave one set of hands and end up in the hands of an insurance company, employer, or anybody else. We absolutely must not share those data. Whatever legislation is brought in must contain those provisions. However, at the same time, it must allow for the data to be used for purposes that are in the public interest.

Mr. Pascal: The current system, with paper all over the place, is more susceptible to abuse than if the information were in electronic form.

Le président: Merci, docteur Filler, de cet exposé passionnant. J'ai beaucoup aimé vos trois tableaux des systèmes de soins du XIX^e, du XX^e et du XXI^e siècles.

Le sénateur LeBreton: Nous pourrions poser de nombreuses questions. Je crois que vous, monsieur Pascal, vous avez parlé des informations de santé et des secteurs sur lesquels vous concentrez — les dossiers médicaux électroniques, les solutions intégrées et la communication de l'information au public. J'ai une question précise sur la confidentialité et le Dr Millar va peut-être vouloir y répondre aussi.

Certains témoins nous ont parlé des progrès rapides dans le domaine des tests génétiques, de sorte qu'il est possible d'identifier les personnes génétiquement susceptibles à certaines maladies comme le cancer, le diabète, ou les cardiopathies. Le Dr Bernstein, de l'Institut de recherche en santé du Canada, a appelé cela «bagage génétique».

Étant donné que ces renseignements sont disponibles et qu'ils peuvent être utilisés aussi bien à de bonnes qu'à de mauvaises fins, comment pouvons-nous rester sur la bonne voie et éviter un genre de discrimination génétique? Par exemple, si une entreprise envisage d'embaucher une personne mais s'aperçoit que celle-ci risque d'avoir une certaine maladie, peut-être va-t-elle décider de ne pas prendre cette personne? Si ces renseignements arrivaient jusqu'aux compagnies d'assurances, refuseraient-elles d'assurer l'intéressé, ou l'obligeraient-elles à payer une prime plus élevée?

Que fait-on à ce propos, soit à Santé Canada, soit à l'Institut canadien d'information sur la santé? Je crois, docteur Millar, que vous avez inclus les questions de confidentialité dans votre liste de préoccupations et de problèmes.

Dr Millar: Nous devons reconnaître que le public se préoccupe beaucoup de la question que vous venez de soulever.

En revanche, lorsque les gens vont à l'hôpital, ils veulent vraiment savoir s'ils vont survivre à une crise cardiaque ou pas. Les gens veulent pouvoir comparer leur communauté aux autres ou à la province voisine pour ce qui est par exemple du traitement du cancer. Tout cela doit être pris en considération.

Pour rassurer le public, nous devons veiller à ce qu'il existe des dispositions satisfaisantes pour assurer le respect de la vie privée, de la confidentialité et la sécurité. La loi actuelle permet de le faire dans une grande mesure mais il faut la renforcer.

Dans toute la mesure du possible, nous devons veiller à ce que les organisations comme la nôtre traitent les renseignements d'ordre privé de façon appropriée. Il faut être sûr que les organisations fonctionnent selon les dispositions légalement reconnues, et disposent de moyens adéquats pour être sûres que les données ne vont pas se retrouver entre les mains d'une compagnie d'assurance, d'un employeur, ou de quelqu'un d'autre. Nous ne devons absolument pas communiquer ces données. La loi qui sera présentée, quelle qu'elle soit, devra comporter ces dispositions. Cependant, en même temps, il faut que l'on puisse utiliser les données à des fins qui sont dans l'intérêt du public.

M. Pascal: Le système actuel, où l'on est inondé de papier, est plus ouvert aux abus que si les renseignements étaient en format électronique.

It comes down to how do we as governments want to respond to the public's concerns about privacy and confidentiality? We are talking about moving more information into the electronic environment in many sectors in this country.

It raises the entire issue of privacy and confidentiality. From my point of view, that is a positive, because it has forced all of us, irrespective of where we are in the system or whether we are companies or institutions, to rethink our relationships with the people who work for us or with the people we serve. It has created an interesting and dynamic discussion across the country.

Where is that balance? All of us want to have our privacy and confidentiality respected. We also want to enjoy the benefits of receiving good care. We also want to enjoy the benefits of ensuring that government, or the health system in this particular case, is taking the appropriate precautions, such that if we see trends in disease patterns, we will be in a position to respond quickly. We do not want to wait until we see the consequences of those trends — increasing deaths, or increasing numbers of people being put into perilous situations.

I approach this as a positive, and we are beginning to work through it. Alberta, Manitoba and Saskatchewan already have legislation, although only Manitoba has enacted theirs. Ontario has been going through its trial and tribulations to bring forward legislation, and I understand that it will be reintroduced. You will find that all jurisdictions are considering what should be put in place to ensure that they are responding to the desires of the public.

We have to do a better job of measuring the public's opinion as to what is reasonable. Where is that balance? What is the type of balance? From a purely technological point of view, there are solutions that will do far more to protect your information than currently exist for the paper form.

Second, it can give you the ability to know who has seen your information, and it can give you a means of redress if you believe someone has had inappropriate access to it. You should have a right to that redress, and right now you do not. If you want to collect your health record, you have you to go to about six or seven different places. In some cases, it costs you money to obtain that record, and you are not sure who has seen it. There is a real upside to this, but governments and institutions must be diligent.

Not only governments, but also health institutions need their own internal protocols to guide employees in how to allow access to and use of information. I have visited a number of institutions that have what I consider to be very strong internal protocols, to the point that if you see someone's information that you should not have, you are fired.

That is the point that we must reach. We need to be serious and strict about this issue, but we must try to strike a balance. The discussion that is taking place now is a good thing.

Au fond, il faut savoir comment les gouvernements veulent répondre aux préoccupations du public en matière de vie privée et de confidentialité. Il s'agit de passer à des systèmes d'information électroniques dans de nombreux secteurs du pays.

Tout cela pose la question du respect des renseignements personnels et de la confidentialité. À mon point de vue, c'est positif, parce que nous avons tous été obligés, quelle que soit notre place dans le système, que nous soyons des entreprises ou des institutions, de repenser nos relations avec les personnes qui travaillent pour nous ou avec les personnes que nous servons. Cela a donné lieu à un débat intéressant et dynamique dans tout le pays.

Quel est cet équilibre? Nous voulons tous que nos renseignements personnels et la confidentialité soient respectés. Nous voulons aussi pouvoir bénéficier de soins de qualité. Nous voulons aussi être sûrs que le gouvernement, ou le système de santé dans ce cas particulier, prend les précautions appropriées, de sorte que si l'on observe des tendances dans des profils de maladies, nous puissions être en mesure de réagir rapidement. Nous ne voulons pas attendre jusqu'à ce que les conséquences de ces tendances apparaissent: augmentation du nombre de décès, ou nombre croissant de personnes se trouvant dans des situations dangereuses.

Je vois cela comme un plus, et nous commençons à y voir plus clair. L'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan ont déjà des lois, bien que seul le Manitoba ait promulgué la sienne. L'Ontario a traversé toutes sortes de difficultés pour présenter une loi, et je crois qu'elle sera présentée à nouveau. En fait, tous les provinces et territoires se demandent ce qu'il faudrait adopter pour être sûrs de répondre aux désirs du public.

Nous devons arriver à mieux mesurer l'opinion publique sur ce qui est raisonnable. Où est cet équilibre? De quel type d'équilibre s'agit-il? D'un point de vue purement technologique, il y a des solutions qui dépasseront de très loin la simple protection des renseignements qui existe actuellement sur papier.

Deuxièmement, cela vous permet de savoir qui a vu vos renseignements, et peut donner un recours si vous pensez que quelqu'un a eu indûment accès à ces renseignements. Il faudrait un droit de recours, et actuellement il n'y en a pas. Si vous voulez regrouper tous les éléments de votre dossier médical, vous devez aller à six ou sept endroits différents. Dans certains cas, vous devez payer pour obtenir ce dossier et vous ne savez pas exactement qui a pu le voir. Ceci présente vraiment des avantages mais les gouvernements et les institutions doivent faire vite.

Les gouvernements, mais aussi les institutions de santé doivent avoir leurs propres protocoles internes pour guider leurs employés quant à la façon de permettre l'accès aux renseignements et de les utiliser. Je suis allé voir plusieurs institutions qui ont des protocoles internes que j'ai trouvés très forts, à tel point que si l'on voit des renseignements sur une personne que l'on ne devrait pas avoir, on est renvoyé.

C'est cela que nous devons viser. Nous devons être très sérieux et très stricts sur ce sujet, mais il faut essayer de trouver un juste équilibre. Le débat actuel est une bonne chose.

The Chairman: If I sound frustrated, it is because I am. When the application of Bill C-6 — the personal privacy bill — to the health care sector was delayed by this committee for one more year, it was in the hope, and indeed in the expectation, that the health care sector would recognize that it had 24 months to deal with the problem. If Bill C-6 in its current form is to apply to the health care sector, there will be considerable problems. That is what brought us to this delay in the first place. We had one person say yesterday, and we have Dr. Millar continuing to say today, that it is critical that the problem be solved. My sense is that in the 16 months since this 24-month delay began, the health care sector has not addressed the problems. They now realize that they are coming up against the deadline and are wringing their hands.

Surely someone is responsible — and I presume it is someone in Health Canada — for finding a way to deal with the problem. Who is responsible? I would love to have him or her as a witness before our committee. Will we, in fact, resolve this by December 31, or will we have a problem in January that we tried to avoid?

Mr. Pascal: I am an optimist. I come at it as a challenge for the health system. Given the federated nature of our health care system and the way it is constructed, and depending on what part of the jurisdiction you are in, some things are considered commercial and some things are not; and some labs have all the problems in their systems and some do not. It is a mixed bag.

We have been working with those in the health sector to determine what is required from a privacy and confidentiality point of view, such that we can continue to respect the legislation that is in place. As we know, under Bill C-6, if there is substantially similar legislation in provincial or territorial jurisdictions, then that would take precedence.

Bill C-6 began a process whereby the health sector is taking a hard look at privacy and confidentiality, and how to try to manage that.

We have been doing a couple of things to find out “where people are coming from,” if I can call it that, and where we think we need to do some more clarification work. We brought together six groups at the national level to work through our responses to it. There was the Canadian Medical Association, the Canadian Pharmaceutical Association, the Canadian Nursing Association, the Consumer Association of Canada, the Canadian Health Care Association and the Canadian Dental Association.

The Chairman: That is interesting. The people who are most affected by Bill C-6 are the various research organizations, and they were not included in your group of six. Nor were some of the industrial groups. It sounds to me like you went to the old tried and true constituents, and forgot about the two groups that are most directly and immediately affected by it.

Le président: Si j'ai l'air frustré, c'est parce que je le suis. Lorsque ce comité a reporté d'un an de plus l'application du projet de loi C-6 — le projet de loi sur la protection des renseignements personnels — au secteur des soins de santé, c'était dans l'espoir, et même dans l'attente, que le secteur des soins de santé reconnaisse qu'il disposait de 24 mois pour régler le problème. Si le projet de loi C-6 devait s'appliquer au secteur de la santé sous sa forme actuelle, il y aurait des problèmes considérables. C'est cela qui nous a amenés à repousser l'application au départ. Quelqu'un nous a dit hier, et le Dr Millar continue de le dire aujourd'hui, qu'il est essentiel de résoudre le problème. J'ai l'impression qu'au cours des 16 mois écoulés depuis le début du report de 24 mois, le secteur des soins de santé n'a pas réglé les problèmes. On se rend compte maintenant que la date limite approche et c'est l'angoisse.

Il y a sûrement quelqu'un — et je suppose que c'est une personne qui se trouve à Santé Canada — qui est chargé de trouver une façon de régler le problème. Qui est responsable? J'aimerais bien l'avoir comme témoin devant notre comité. Allons-nous en fait résoudre ceci avant le 31 décembre, ou aurons-nous en janvier le problème que nous avons essayé d'éviter?

M. Pascal: Je suis optimiste. Je vois cela comme un défi pour le système de santé. Étant donné la nature fédérée de notre système de soins de santé et sa structure, et selon le point de vue où l'on se place, certaines choses sont jugées commerciales et d'autres pas; et certains laboratoires ont tous les problèmes dans leurs systèmes et d'autres non. Il y a un peu de tout.

Nous avons travaillé de concert avec des personnes du secteur de la santé pour définir ce qui était exigé du point de vue de la confidentialité et de la protection des renseignements personnels, afin que nous puissions continuer à respecter la loi en place. En vertu du projet de loi C-6, s'il y a des dispositions législatives similaires dans une province ou un territoire, elles auraient préséance.

Le projet de loi C-6 a lancé un processus dans lequel le secteur de la santé examine très sérieusement le problème de la vie privée et de la confidentialité, et essaie de le gérer.

Nous avons fait différentes choses pour essayer de voir les réactions des uns et des autres, et afin de déterminer s'il fallait apporter certains éclaircissements. Nous avons réuni six groupes au niveau national pour examiner nos mesures. Il y avait l'Association médicale canadienne, l'Association pharmaceutique canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association des consommateurs du Canada, l'Association canadienne des soins de santé et l'Association dentaire canadienne.

Le président: C'est intéressant. Les personnes les plus touchées par le projet de loi C-6 sont les diverses organisations de recherche, or elles ne faisaient pas partie de votre groupe de six, pas plus que certains des groupes industriels. J'ai l'impression que vous vous en êtes tenus à une bonne clientèle classique en oubliant les deux groupes qui sont les plus directement et les plus immédiatement touchés.

Mr. Pascal: I try to take chewable chunks. If everyone who had something to do with this bill gathered together, there would be a great discussion. I am not sure that there would be an end point. I am trying to move the markers to achieve some clarity with that group.

CIHR has done work on a parallel basis in conjunction with health researchers. They have gone as far as constructing a guide that includes questions and answers to help the research community. That was developed with input from the Privacy Commissioner's office. It is not that nothing has been done.

In the discussion with those six groups, there were still some differences on where the balance should be. This is not easily defined. It derives from the interpretation of the act, at one end or the other, and somewhere there is a continuum. There is a need to be mindful and respectful of the public's needs, so that they can experience the benefits of shared information while being ensured a degree of privacy and confidentiality. I do not know where that balance is. However, I do know that the best way to begin is to bring people around a table and have the discussion. Then we can find out if there is an area of consensus, and some way to work this out. It is a tough issue.

The Chairman: No one disputes that. However, what will you do on December 31? I am a pragmatist. In the end, someone has to make the call. The one consequence of power is that you have the right to make a decision. No decision will make everyone happy, so you have to concede up front that some people will be angry with the federal government. The worst outcome is the enactment of Bill C-6. This train is headed that way, unless someone takes responsibility. We need a better solution than the one we have now. Reaching consensus with everyone is an impossibility. Therefore, why does not someone just take the bull by the horns and make a decision?

Mr. Pascal: We are beginning a second process. We have already had discussions with the Privacy Commissioner's office about producing what we call an "interpretation guide" for the business sector. We are now working with that office to prepare a similar guide for the health care sector. The guide contains some interpretation of how Bill C-6 applies to that sector. We are providing as much clarification as we can to the health care sector, so that they know how to respond and are prepared to do so. It will also assist them in dealing with privacy and confidentiality issues within their own areas.

We have started that process and we are hoping to come up with a draft over the next three months.

You are right, senator. Some people will like us and some will not, but we have to provide some clarity. It is better to provide that clarity so people know what to expect, and then they can respond.

M. Pascal: J'essaie de prendre des blocs gérables. Si l'on réunissait tous ceux qui ont quelque chose à voir avec ce projet de loi, il y aurait un débat gigantesque, et je ne sais pas si l'on réussirait à le conclure. J'essaie de poser des jalons et d'avancer vers un peu plus de clarté avec ce groupe.

L'ICRS a travaillé parallèlement en conjonction avec les chercheurs de la santé. Ils sont allés jusqu'à concevoir un guide qui comporte des questions et réponses destinées à aider le monde de la recherche. Ce guide a été élaboré avec un apport du bureau du Commissaire à la protection de la vie privée. Ce n'est pas comme si on n'avait rien fait.

Au cours des discussions avec ces six groupes, les opinions étaient encore partagées sur l'équilibre à réaliser. Ce n'est pas facile à définir. Tout dépend de l'interprétation de la loi, d'un côté ou de l'autre, et quelque part il y a une continuité. Il faut tenir compte des besoins du public et les respecter pour que les Canadiens puissent bénéficier du partage de l'information tout en ayant la garantie du respect de leur vie privée et de la confidentialité des informations. Je ne sais pas exactement où se situe le point d'équilibre, mais je sais que la meilleure façon de commencer, c'est de réunir tout le monde pour en discuter. On peut alors déterminer s'il y a des points sur lesquels on s'entend, et si l'on peut trouver une solution. Ce n'est pas facile.

Le président: Personne ne le conteste. Toutefois, qu'allez-vous faire le 31 décembre? Je suis un pragmatiste. En fin de compte, il faudra que quelqu'un prenne la décision. La conséquence du pouvoir, c'est qu'on a le droit de prendre la décision. Aucune décision ne satisfera tout le monde, donc vous devez bien reconnaître d'emblée qu'il y aura des gens qui seront furieux contre le gouvernement fédéral. Le pire résultat, c'est la mise en application du projet de loi C-6. C'est sur cette voie que le train est lancé, si personne ne prend la responsabilité. Il faut trouver une meilleure solution que celle que nous avons maintenant. Il est impossible d'obtenir un consensus de tout le monde. Par conséquent, pourquoi est-ce que quelqu'un ne prend pas le taureau par les cornes, et ne prend pas cette décision?

M. Pascal: Nous entamons un deuxième processus. Nous avons déjà discuté avec le bureau du Commissaire à la protection de la vie privée de la réalisation de ce que nous appelons un «guide d'interprétation» pour le secteur des affaires. Nous travaillons maintenant avec le bureau à la préparation d'un guide analogue pour le secteur de la santé. Dans ce guide, on formule des interprétations de l'application du projet de loi C-6 à ce secteur. Nous donnons le plus d'éclaircissements possible au secteur de la santé pour que ses intervenants sachent comment réagir et s'y préparent. Le guide les aidera aussi à répondre aux problèmes de vie privée et de confidentialité dans leur propre secteur d'activité.

Nous avons entamé ce processus et nous espérons avoir une ébauche dans les trois prochains mois.

Vous avez raison, sénateur, il y a des gens qui seront contents de nous et d'autres qui ne le seront pas, mais nous devons éclaircir les choses. Il vaut mieux apporter ces éclaircissements pour que les gens sachent à quoi s'attendre et puissent y réagir.

We are starting to make larger investments in information communication technology in the health system. I want to ensure that the types of solutions we are looking at correspond to the level of confidentiality and privacy that we want. We want to give this guidance, so that when we start to make those investments, we are building into those systems the capacity, capability and flexibility to help the health system manage that. It is a tool for their aid.

The Chairman: Do you believe the issue will be resolved by December 31? If not, you have a problem.

Dr. Millar: We potentially have a problem. I am very pleased to hear that you folks are addressing it. You have the levers to make this move along. Our concern is that it is not being solved.

The Chairman: We are in the same camp.

Senator Morin: Do you have any specific solutions? Everyone realizes the problem, but no one comes up with solutions. It is not up to us to say what the solutions are.

Dr. Millar: We have looked at it with our own lawyers, but we are not legislative draftspersons.

Senator Morin: Do you have a position?

Dr. Millar: Yes. The original idea was that CIHI was not meant to be covered as a commercial enterprise. We are anxious that whatever is done to solve this ensures that we are not included as a commercial operation. Even though only a small proportion of our data may be shared on a cost-recovery basis, for one-tenth of 1 per cent of our operation, we do not want to be identified as commercial and therefore subject to possible legislative implications.

Senator Morin: At present, you have interrupted certain research projects because of the law.

Dr. Millar: That is correct.

Senator Morin: If the law is not changed, more research projects will be interrupted.

Dr. Millar: Unless the clarity is provided, that is right.

The Chairman: That is nuts. We have to solve the problem.

Senator Fairbairn: Thank you all. These have been fascinating and very encouraging contributions this morning. Those of us who have been involved, through our own families, with the disconnections in the system find it very encouraging to read of the progress and the thinking that is now taking place across the country.

Mr. Pascal called it the pan-Canadian ability to manage information and said that we now live in an e-environment, which makes a lot of this much easier to deal with in the context of the geography of Canada.

What you say is true. The generation now coming up, and even children, are very much plugged in. However, there are a couple of gaps that are of great concern and I want to hear your comments. One gap is our seniors, who deal with the need for the health system in their daily lives. Some of them are getting into computer activity, but many are not and will not. They are outside

Nous commençons à investir plus dans la technologie de communication de l'information dans la santé. Je veux m'assurer que les solutions que nous envisageons correspondent au niveau de confidentialité et de respect de la vie privée que nous souhaitons. Nous voulons tracer cette voie de façon à intégrer dans ces systèmes la capacité et la souplesse nécessaires pour permettre aux professionnels de la santé de le gérer lorsque nous faisons ces investissements. C'est un instrument destiné à les aider.

Le président: Pensez-vous que vous aurez réglé le problème d'ici au 31 décembre? Sinon, vous êtes en difficulté.

Dr. Millar: Nous risquons d'avoir un problème. Je suis très heureux de voir que vous essayez de le régler. Vous avez les moyens de faire avancer tout cela et nous avons peur qu'il ne soit pas résolu.

Le président: Nous sommes dans le même camp.

Le sénateur Morin: Avez-vous des solutions précises? Tout le monde reconnaît le problème, mais personne ne propose de solutions. Ce n'est pas à nous de définir les solutions.

Dr. Millar: Nous avons étudié la question avec nos juristes, mais nous ne sommes pas experts en rédaction législative.

Le sénateur Morin: Avez-vous une position?

Dr. Millar: Oui. À l'origine, l'ICIS ne devait pas être couvert en tant qu'entreprise commerciale. Nous tenons vraiment, quelle que soit la solution retenue, à ne pas être considérés comme une entreprise commerciale. Même si une toute petite proportion de nos données peut être échangée moyennant un recouvrement des coûts, un dixième de 1 p. 100 de nos activités, nous ne voulons pas être catalogués comme entreprise commerciale et risquer d'éventuelles retombées législatives.

Le sénateur Morin: Actuellement, vous avez interrompu certains projets de recherche à cause de la loi.

Dr. Millar: C'est exact.

Le sénateur Morin: Si l'on ne change pas la loi, il va falloir arrêter d'autres projets de recherche.

Dr. Millar: À moins qu'on éclaircisse les choses, c'est exact.

Le président: C'est absurde. Il faut régler ce problème.

Le sénateur Fairbairn: Merci à tous. Toutes ces interventions ont été fascinantes et extrêmement encourageantes ce matin. Pour tous ceux d'entre nous qui ont été confrontés, dans le cadre de leur famille, à la fragmentation du système, il est très encourageant de constater les progrès et la réflexion auxquels on assiste actuellement dans tout le pays.

M. Pascal a parlé de capacité pancanadienne de gestion de l'information et déclaré que nous vivons maintenant dans un environnement électronique, qui facilite énormément ce genre de choses dans le contexte de notre géographie.

Ce que vous dites est exact. La génération montante, et même les enfants, sont branchés. Il reste cependant quelques lacunes très préoccupantes, et j'aimerais avoir vos commentaires à cet égard. L'une de ces lacunes concerne les personnes âgées, qui ont besoin du système de santé au quotidien. Certaines de ces personnes se sont mises à l'ordinateur, mais beaucoup d'autres ne l'ont pas fait

of what you are talking about today, but it is terribly important that they be connected.

The other is a skills gap. Over 40 per cent of the adult citizens in this country have varying degrees of difficulty with reading, writing and communicating in any of the languages that we are talking about here today. They are outside the perimeters of the very forward-looking, hopeful and optimistic processes on which you are working.

As you proceed with the technological linkages in the marvellous way that you are, we must have regard for that part of our population that needs linkages of a much different nature. I am hoping that at every level of the medical profession, those people within those gap areas will not be forgotten, because they are the ones most at risk when they cannot plug in and there is nowhere to go.

Dr. Filler: The technology that I talked about is very simple and very user-friendly. It does not require a patient to use a computer or even video conferencing equipment. It can be as simple as pressing a button in the home to connect to a call station. It does not require much in terms of skills from people who have never seen a computer. If they have seen a television, they will be okay. If there are any such problems, I am not aware of them. There are many home programs that involve seniors. They love it because they have this easily accessible connectivity that they never had before.

We do have a problem with people who may not understand the language. We have all sorts of language problems in Toronto and we are trying to deal with that. It is much easier to deal with that with a telecommunications system using a few interpreters — which is all there are, by the way — for a large population base. In fact, those kinds of things are now available. AT&T provides health care translators. If that is the kind of thing you are talking about, I think that will only be improved by the technology, not made worse.

Senator Fairbairn: I was not thinking particularly in terms of language difficulties. The people I am concerned about have limitations in their literacy skills. I was not speaking of the wider immigrant population.

Dr. Filler: I think that most of what I am talking about would work. In fact we have used it in very remote communities. I do not see that as a roadblock.

Mr. Pascal: We have started evaluating a number of the telehealth projects. We have tried to reach out to people in isolated rural areas who, in many cases, have not been exposed to the e-environment or to devices that we might see more readily in a large urban centre. The tools are fairly simple. We have not run into a lot of resistance. In fact, usually when I send someone into a home to work with a person, they like it better.

et ne veulent pas le faire. Elles sont à l'écart de tout ce dont vous parlez aujourd'hui, mais il est extrêmement important qu'elles soient aussi branchées.

L'autre lacune concerne les compétences. Plus de 40 p. 100 de nos concitoyens ont des difficultés plus ou moins grandes à lire, écrire et communiquer dans l'une des langues que nous parlons ici aujourd'hui. Ces gens-là sont aussi en marge des démarches très optimistes et tournées vers l'avenir sur lesquelles vous travaillez.

Donc, parallèlement à ce merveilleux travail d'établissement de liens technologiques que vous accomplissez, il faut tenir compte de cette partie de notre population qui a besoin de liens d'une toute autre nature. J'espère qu'à tous les niveaux de la profession médicale, on n'oubliera pas ces gens en marge, car ce sont eux qui sont dans la situation la plus précaire s'ils ne peuvent pas se brancher et s'ils ne savent pas où s'adresser.

Dr Filler: La technologie dont j'ai parlé est extrêmement simple et conviviale. Il n'est même pas nécessaire de demander à un patient de se servir d'un ordinateur ou même d'un matériel de vidéoconférence. Il peut suffire d'appuyer sur un bouton à la maison pour être en communication avec une station d'écoute. Ce n'est pas compliqué, même pour des gens qui n'ont jamais vu un ordinateur. S'ils ont vu une télévision, tout ira bien. S'il y a des problèmes de ce genre, je n'en ai pas entendu parler. Il y a beaucoup de programmes à domicile auxquels participent des personnes âgées. Elles adorent cela parce qu'elles ont ainsi une possibilité de se brancher qu'elles n'avaient jamais eue avant.

Nous avons effectivement un problème avec les gens qui ne comprennent pas la langue. Il y a toutes sortes de problèmes de langue à Toronto, et nous essayons d'y répondre. Il est beaucoup plus facile de répondre à ce problème au moyen d'un système de télécommunications faisant appel à quelques interprètes — c'est d'ailleurs tout ce qu'il y a, soit dit en passant — pour une vaste population. En fait, toutes ces choses sont déjà disponibles. AT&T fournit des traducteurs dans le domaine de la santé. Si c'est à cela que vous pensez, je pense que la technologie ne fera qu'améliorer la situation et non l'aggraver.

Le sénateur Fairbairn: Je ne pensais pas particulièrement aux problèmes de langue. Les personnes auxquelles je pense sont des personnes qui ont des problèmes d'alphabétisation. Je ne parlais pas des immigrants.

Dr Filler: Je pense que, dans l'ensemble, tout ce dont je vous parlais marcherait. En fait, nous avons utilisé ce système dans des communautés très reculées. Je ne pense pas que ce soit un obstacle.

M. Pascal: Nous avons commencé à évaluer plusieurs projets de télésanté. Nous avons essayé de contacter des personnes en zone rurale isolée qui, bien souvent, n'avaient jamais été exposées à un contexte ou à des appareils électroniques qui sont plus courants dans les grands centres urbains. Les outils sont très simples. Nous ne nous sommes pas heurtés à beaucoup de résistance. En fait, en général, quand j'envoie quelqu'un travailler avec une personne à domicile, les gens aiment mieux cela.

Second, from a technological point of view, we are now coming up with solutions that will make interaction in an e-world as comfortable as picking up a phone. No one thinks about the technology behind a phone. You pick it up, you dial, and it works.

We are getting to that point now with some of the solutions in other sectors. I see them migrating into the health sector. The tools will be simple.

Let me give you an analogy. In about 10 years, you will have a communication device in your home. It will not be a television. It will be a flat screen TV, probably a plasma screen, on your wall. It will be voice-activated. You will talk to it. You will say, "Connect me to my doctor." It will dial automatically for you. You will have a discussion. You will have a slot to put your finger in; it will do a blood test and take your pulse.

This technology exists now. This is not dreaming.

The Chairman: This is not science fiction.

Mr. Pascal: This all exists now. They are making sure it comes together. We will have an environment that will make it easier for the public, and for groups that we view as high risk, due to literacy issues or the difficulty of getting to them, to interact with the health system. I have seen tests of all this. It exists now. Unit costs have to be driven down and the technology has to become more ubiquitous. However, it is coming.

We are getting to a point where we will be able to help people from a health point of view in ways that we have dreamt about.

Senator Graham: This has been very interesting. When you say, Mr. Pascal, the technology exists now, where does it exist?

Mr. Pascal: Things like plasma screens exist now. Voice-activation software exists now. It has to improve. Voice activation in French is not very good. It does not work well if you have a heavy accent due to ethnicity. However, every year the technology improves. It has to become more sophisticated and achieve a higher accuracy rate before we are going to have doctors like Dr. Filler or Dr. Millar provide care through such means.

It is already being used in a number of the high-tech and manufacturing industries. Many software and hardware companies are trying to apply their products to the health world. They see that information management is important in the health sector, perhaps more so than in many others.

We have to prove it. We have to show a value proposition to providers and other people, demonstrating that this technology works and is accurate. They must become comfortable with it before they will take it on.

I think we are in about a five-year cycle before we will start to see more of this technology being embedded in the way we provide care.

Deuxièmement, du point de vue technologique, nous élaborons maintenant des solutions grâce auxquelles l'interaction électronique sera aussi aisée qu'un coup de téléphone. Quand on téléphone, on ne pense absolument pas à la technologie. On décroche le téléphone, on compose le numéro, et cela marche.

On en est déjà à ce point pour certaines solutions dans d'autres secteurs, et je pense qu'elles vont déborder sur le secteur de la santé. Les outils seront très simples.

Permettez-moi de faire une comparaison. Dans une dizaine d'années, vous aurez un dispositif de communication à la maison. Ce ne sera pas une télévision. Ce sera un écran de télévision plat, probablement un écran à plasma, collé sur votre mur. Il sera activé à la voix. Vous lui parlerez. Vous direz: «Appelle-moi le médecin.» Il appellera automatiquement le médecin. Vous discuterez avec lui. Vous aurez une encoche dans laquelle vous pourrez mettre votre doigt, et l'appareil vous fera automatiquement un test sanguin et prendra votre pouls.

Cette technologie existe déjà. Ce n'est pas du rêve.

Le président: Ce n'est pas de la science-fiction.

M. Pascal: Tout cela existe déjà. On est en train d'organiser tout cela. Nous vivons dans un environnement où il sera beaucoup plus facile pour le public et pour les groupes qui présentent à notre avis des risques élevés, en raison de problèmes d'alphabétisation ou de difficulté d'accès, d'interagir avec le système de santé. J'ai vu des démonstrations de tout cela. C'est quelque chose qui existe. Il va suffire de réduire les coûts et de rendre cette technologie plus universelle, mais cela va arriver.

Bientôt, on pourra faire des interventions sur la santé des gens qui étaient complètement du domaine du rêve auparavant.

Le sénateur Graham: Tout ceci est très intéressant. Vous dites, monsieur Pascal, que cette technologie existe déjà. Où?

M. Pascal: Les écrans au plasma existent. Les logiciels à activation vocale existent. Il faut améliorer tout cela. Les logiciels en français ne fonctionnent pas encore très bien. Ces logiciels à commande vocale ne marchent pas très bien si l'on a un fort accent, mais chaque année la technologie progresse. Il faudra qu'elle devienne encore plus poussée et précise pour que des médecins comme le Dr Filler ou le Dr Millar puisse pratiquer la médecine grâce à ces moyens.

On utilise déjà ces technologies dans diverses industries manufacturières ou de technologie de pointe. De nombreuses entreprises de logiciel et de matériel essaient d'adapter leurs produits au monde de la santé. Ces entreprises savent bien que la gestion de l'information est importante pour le secteur de la santé, peut-être même plus que pour bien d'autres secteurs.

C'est à nous de le prouver. C'est à nous de proposer un outil valable aux professionnels de la santé et à d'autres personnes, pour leur montrer que cette technologie est fonctionnelle et efficace. Pour qu'ils l'adoptent, il faut qu'ils se sentent à l'aise avec cette technologie.

Je pense qu'il faut prévoir à peu près cinq ans pour qu'elle devienne vraiment intégrée à notre mode de comportement dans la santé.

Senator Graham: Dr. Filler, when you were talking about telehealth, tele-consultations, tele-radiology and video conferencing, you made reference specifically to Nova Scotia. I believe that program was inaugurated about three years ago.

Dr. Filler: I believe a little more, probably four or five.

Senator Graham: At any rate, I was present at the launching of the then regional minister for Nova Scotia. I do not know whether I cut a ribbon or pressed a button or what, but I was fascinated.

Senator Morin: He has cut so many ribbons, he cannot remember.

Senator Graham: I was fascinated by the possibilities, and the realization that people in smaller communities, such as Pictou County, Bridgewater, the Annapolis Valley or Sydney, were able to teleconference with Halifax, where the specialists were located. If someone were involved in an accident, an X-ray could be taken and sent to Halifax. They were able to avoid transferring the patient to Halifax. How successful has that program been, and in what other provinces is this service available?

Dr. Filler: It is available in Newfoundland. It is partially available in Alberta. Ontario does not have a system just for radiology. I have seen the numbers for Nova Scotia, of 10,000 to 20,000 X-ray examinations per year now. That is probably the biggest growth in their telehealth business.

Nova Scotia is also linked to the other maritime provinces. There is a union with the other provinces to do that as well.

It works exceptionally well because the transmitted image is exactly the same quality as one sees in person. The radiologist does not usually see the patient anyway. The program is very successful.

Senator Graham: There are so many questions, Mr. Chairman.

I want to go to Dr. Millar. You talked about inadequate data. You talked about extrapolating data that were available from the United States. Why are the data inadequate? Why are they not available in Canada?

Dr. Millar: It has not been adequately funded. It is as simple as that.

Senator Graham: It is a funding problem?

Dr. Millar: With the \$95 million we have for the Roadmap, we were able to develop, for example, performance indicators for primary health care or home care. That amount of money will allow us to establish the performance indicators for those sectors.

However, in order for those data to begin to flow, the provincial governments have to actually put in place the data entry systems, the computers, the hard wiring — many millions of dollars on top of that initial investment — in order to get the data flowing. That has never been done. All we have ever attempted to do is collect data on hospitals, and most of that has been around expenditure,

Le sénateur Graham: Docteur Filler, quand vous parliez de télésanté, de téléconsultations, de téléradiologie et de vidéoconférences, vous avez mentionné plus précisément la Nouvelle-Écosse. Je crois que le programme a été lancé il y a environ trois ans.

Dr. Filler: Un peu plus, je crois, probablement quatre ou cinq.

Le sénateur Graham: Quoi qu'il en soit, j'étais là quand on a lancé ce programme, de même que le ministre responsable de la Nouvelle-Écosse. Je ne sais plus si j'ai coupé un ruban ou appuyé sur un bouton, mais en tout cas cela m'a fasciné.

Le sénateur Morin: Il a coupé tellement de rubans qu'il ne s'en souvient plus.

Le sénateur Graham: J'ai été fasciné par les possibilités et par le fait que les habitants de petites localités comme Pictou County, Bridgewater, Annapolis Valley ou Sydney, pouvaient communiquer par conférence avec les spécialistes situés à Halifax. Si quelqu'un avait un accident, on pouvait lui faire une radio qui était envoyée à Halifax. On n'avait pas besoin d'emmener le patient à Halifax. Ce programme a-t-il été une réussite, et dans quelles autres provinces trouve-t-on ce service?

Dr. Filler: Il est disponible à Terre-Neuve et partiellement en Alberta. L'Ontario n'a pas de système spécifiquement pour la radiologie. J'ai vu les chiffres pour la Nouvelle-Écosse, on parle de 10 000 à 20 000 radios par an maintenant. C'est probablement là qu'il y a la plus grosse progression de leurs activités de télésanté.

La Nouvelle-Écosse est aussi reliée aux autres provinces des Maritimes. Il y a une union avec les autres provinces pour ce genre d'activité.

Ce dispositif marche exceptionnellement bien car l'image retransmise est exactement de la même qualité que ce que l'on voit sur place. De toute façon, le radiologue ne voit généralement pas le patient. Ce programme marche très bien.

Le sénateur Graham: Il y a tellement de questions, monsieur le président.

J'aimerais passer au Dr. Millar. Vous avez parlé de données inadéquates. Vous avez parlé d'extrapolation de données provenant des États-Unis. Pourquoi les données sont-elles inadéquates? Pourquoi n'en a-t-on pas au Canada?

Dr. Millar: Par manque de fonds. C'est aussi simple que cela.

Le sénateur Graham: C'est un problème de financement?

Dr. Millar: Avec les 95 millions de dollars que nous avons eus pour le Carnet de route, nous avons pu élaborer, par exemple, des indicateurs de rendement pour les soins de santé ou les soins à domicile. Ce montant nous permettra d'établir les indicateurs de rendement pour ces secteurs.

Mais pour que ces données commencent à circuler, il faut que les gouvernements provinciaux mettent en place les systèmes d'entrée de données, les ordinateurs, tout le branchement, des millions de dollars d'investissement supplémentaires. Or, on ne l'a pas fait. Tout ce qu'on a essayé de faire, c'est recueillir des données sur les hôpitaux, et encore, il s'agissait surtout des

number of beds, length of stay — the management type of thing — and not the outcomes.

It has never been part of the traditional mentality that has existed in health care. It is not limited to this country. It is the same everywhere in the world. We are, in many ways, ahead of most.

Senator Graham: In your remarks about quality issues, you talked about the overuse of antibiotics. How prevalent is that and who is responsible?

Dr. Millar: It is widespread. Responsibility is shared among patients, doctors and pharmaceutical companies. Nobody has hard numbers, but we know that the practice is widespread. In fact, it extends into veterinary practice. There is a huge amount of antibiotics used in animals that affect human beings as well. It is very widespread.

The good news on this front is that there are initiatives in the physician community to encourage more responsible prescribing.

It goes back to the patients as well. They get a sore throat; they expect antibiotics, and they put the pressure on the doctor. If the doctor does not give it to them, they go to someone else. There are many systemic problems here.

Senator Graham: Perhaps more money, which we have talked about before around this table, on education and preventive programs would be useful in this respect?

Dr. Millar: Yes. In general, education and preventive programs are always a good thing. One has to be very careful to think through how one does this, because education by itself does not always get the desired results. Sometimes you have to use other means. One of those is obtaining good data so it can be properly managed.

Senator Morin: I have two questions for Dr. Millar and two questions for Mr. Pascal. I will start with Mr. Pascal.

Everything we have heard this morning is extremely important. We cannot move fast enough in this field.

How much of that is specifically a federal responsibility? We are looking at things from a federal angle.

My second question is: Could you give us a definition of e-health and the role of the private sector? I realize it plays an important role in the United States. Do you see a role for the private sector in e-health here in Canada?

I want to congratulate Dr. Millar for this excellent report. There was very good press coverage yesterday from most newspapers. This is really the way to go. Assessment of our system has been lacking, and it is extremely important.

You referred, of course, to \$1 billion, the funding for the total health information system. How much is CIHI's budget? How much would you need, ideally? You said much information is

dépenses, du nombre de lits, de la durée des séjours, de la gestion en général et pas des résultats.

Cela n'a jamais fait partie de la mentalité traditionnelle dans le secteur de la santé. Notre cas n'est pas unique. C'est la même chose partout ailleurs dans le monde. En fait, nous sommes en avance sur la plupart des autres dans bien des cas.

Le sénateur Graham: Quand vous avez parlé de questions de qualité, vous avez mentionné la surconsommation d'antibiotiques. Est-ce que c'est très fréquent et qui en est responsable?

Dr. Millar: C'est une consommation très répandue. La responsabilité est partagée: il y a les patients, les médecins et les compagnies pharmaceutiques. Personne n'a de chiffres concrets, mais nous savons que cette pratique est très répandue. En fait, c'est aussi le cas dans la pratique vétérinaire. On utilise énormément d'antibiotiques pour traiter les animaux, et cela a des répercussions sur les humains. C'est très répandu.

La bonne nouvelle de ce côté-là, c'est qu'on commence à encourager les médecins à prescrire des ordonnances de façon plus responsable.

Le problème est aussi lié aux patients. Ils ont mal à la gorge et ils veulent avoir des antibiotiques, ils insistent pour que leur médecin leur en donne. Si le médecin ne leur prescrit pas d'antibiotiques, ils vont en voir un autre. Il y a donc beaucoup de problèmes systémiques ici.

Le sénateur Graham: Peut-être serait-il utile de consacrer plus d'argent à l'éducation et aux programmes de prévention comme on en a déjà parlé ici?

Dr. Millar: Oui. En général, l'éducation et les programmes de prévention sont toujours une très bonne chose. Il faut cependant préparer très soigneusement ce genre d'intervention, car l'éducation en soi ne donne pas toujours les résultats escomptés. Quelquefois, il faut utiliser d'autres moyens, par exemple obtenir de bonnes données pour que le système soit bien géré.

Le sénateur Morin: J'aurais deux questions pour le Dr. Millar et deux pour M. Pascal. Je vais commencer par M. Pascal.

Tout ce que nous avons entendu ce matin est extrêmement important. Nous ne saurions avancer assez vite dans ce domaine.

Dans tout cela, qu'est-ce qui relève spécifiquement de la compétence fédérale? Nous examinons la situation sous l'angle fédéral.

Ma seconde question est la suivante: pourriez-vous nous donner une définition de la santé électronique et du rôle du secteur privé? Je sais que le secteur privé joue un rôle important aux États-Unis. Pensez-vous qu'il pourrait jouer un rôle analogue dans le domaine de la santé électronique au Canada?

Je tiens à féliciter le Dr. Millar de son excellent rapport, qui a été très bien accueilli dans la presse hier. Vous êtes vraiment sur la bonne voie. Nous manquons d'évaluations de notre système, et c'est quelque chose de très important.

Vous avez mentionné, naturellement, 1 milliard de dollars, le montant du financement total du système d'information sur la santé. Quel est le montant du budget de l'ICIS? Idéalement, il

lacking. How much funding would you need, and how much of it would be federal?

You will remember, Mr. Chairman, we discussed earlier the possibility of creating a position of surgeon general in Canada. In a way, this is really a surgeon general's report. I was wondering if Dr. Millar had any views on that.

Mr. Pascal: We represent the 14 jurisdictions. We service just under 1 million people federally with direct health services, be they through First Nations, Veterans Affairs, DND, RCMP and those in correctional institutions. We have an active role because we want to ensure that the services we provide are equal to any others in the country.

In a broader-based system, we carry out a unique and very active role in the country. We are rather like a broker in trying to find the common ground on which we can work across jurisdictions. In the health world — and this is my view — you cannot go it alone. There are just too many pieces in the health system. You have to look for partnerships, and you build on your competencies. Federally, we have competencies. We can do things from a research and information-generation point of view. We can set broad policy frameworks, CHA being one in which we would like the health system in this country to operate. We are best positioned to carry that out. The provinces and the territories are in the best position to carry out the actual delivery of services to people within their jurisdictions.

We are looking at how to build on our competencies and where to find the areas in which we want to work together. That is a role we have played for a number of years. It is an area in which we will continue to play a role, especially as we try to move more aggressively into the e-health environment.

Senator Morin: Can you define "e-health" for us?

Mr. Pascal: I view e-health as those parts of the practice of providing care in which you can start to digitize the processes. I am saying you have to be careful. There will always be parts of our health care system that will not be moved into an e-environment because they have very high touch dimensions to them. We are providing the ability to digitize processes, to digitize the way information can be transmitted, be it radiology, imaging or video conferencing, which allows care of individuals to be provided in a more efficient and effective way.

As for the private sector, once again it comes down to my belief in competencies. Governments are very good at setting the frameworks within which fairness and equity are maintained in this country.

The private sector operators are very good operators. That is where many risks are taken. It is where a lot of the thinking and innovation gets done. Governments have to look at how to work with them. It is still my belief that the running of the health care

vous faudrait combien? Vous dites qu'on manque beaucoup d'information. Quel montant vous faudrait-il, et quelle partie de ce montant devrait être apportée par le gouvernement fédéral?

Vous vous souvenez, monsieur le président, que nous avons déjà discuté de la possibilité de créer un poste de directeur de la Santé publique au Canada. En un sens, il s'agit ici d'un rapport d'un directeur de la santé publique. Je me demandais si le Dr. Millar avait des idées là-dessus.

M. Pascal: Nous représentons les 14 autorités législatives. Nous assurons des services de santé directs à presque 1 million de personnes au palier fédéral, que ce soit dans le cadre des Premières nations ou des Affaires des anciens combattants, de la Défense nationale, de la GRC et des établissements correctionnels. Nous avons un rôle actif car nous voulons veiller à ce que nos services soient égaux à tous les autres services rendus dans le pays.

Dans un contexte plus vaste, nous avons un rôle tout à fait unique et actif au Canada. Nous sommes un peu comme un courtier qui essaie de trouver le point commun pour fonctionner dans tous les provinces et territoires. Dans le monde de la santé, à mon avis, on ne peut pas faire cavalier seul. Il y a beaucoup trop de pièces dans le système de santé. Il faut essayer d'établir des partenariats et exploiter les compétences dont on dispose. Au niveau fédéral, nous avons des compétences. Nous pouvons faire un travail de recherche et de formulation de l'information. Nous pouvons établir de vastes cadres politiques, et nous aimerions bien que le système de santé du Canada fonctionne dans un cadre comme l'ACS. Nous sommes parfaitement placés pour ce genre de travail. Les provinces et les territoires sont parfaitement placés pour assurer la prestation concrète des services aux individus relevant de leur compétence.

Nous essayons de voir comment nous pouvons exploiter nos compétences et trouver des domaines dans lesquels nous pouvons collaborer. C'est un rôle que nous jouons depuis un certain nombre d'années. Nous allons continuer à jouer ce rôle, surtout pour maintenir la lancée vers ce monde de santé électronique.

Le sénateur Morin: Pourriez-vous nous définir cette notion de «santé électronique»?

M. Pascal: Pour moi, ce sont tous les aspects de la pratique médicale pour lesquels on peut numériser les processus. Attention, il y aura toujours des secteurs de notre système de santé qui resteront à l'écart de ce contexte électronique, car ce sont des secteurs à très forte réponse humaine compensatoire. Ce que nous fournissons, c'est la capacité de numériser les processus, de numériser l'information pour pouvoir la transmettre, qu'il s'agisse de radios, d'images ou de vidéoconférences, de façon à pouvoir soigner plus efficacement les particuliers.

Pour ce qui est du secteur privé, là encore j'en reviens à ma croyance dans les compétences. Les gouvernements sont les instruments tout à fait appropriés pour établir les cadres permettant de faire respecter le principe de l'équité au Canada.

Les professionnels du secteur privé sont excellents. C'est dans ce domaine que l'on prend beaucoup de risques. C'est là qu'on réfléchit et qu'on innove. Il appartient au gouvernement de définir ses relations avec ce secteur privé. Je crois personnellement qu'il

system, and ensuring that the right public policy framework is in place, will always remain within the purview of governments.

Dr. Millar: Let me start with the question about the surgeon general. I know this question was addressed by the National Forum on Health. They concluded that it was not the best way to go in Canada. I am inclined to agree with that for two reasons.

When people think of the position of surgeon general, they think of the work of C. Everett Koop. There is no question he was effective on abortion, tobacco and HIV issues. Since his time, that position has been pulled back within the bureaucracy. They now operate under the auspices of something called "Healthy People 2010." It is a very highly structured, bureaucratic enterprise in the public health arena. It is no longer a model to which I think we can look.

In this country, the national forum decided it was not such a good idea, because the notion of a federally appointed individual making pronouncements on provincial programs might not be well received. Instead, they said, "There is a need for a similar function. We need a way of reporting regularly to the public on how healthy they are, on the determinants of health and, perhaps, on the performance of the health care system, but we think, in the true Canadian way, this is better done through a cooperative federal-provincial process." They suggested an institution like CIHI take on that role. In fact, the \$95 million coming to CIHI for the Roadmap project was meant, in a sense, to meet that function of reporting to the public.

I think that we can fulfil those functions, given the ongoing funding relationships. That brings me to the answer to your second question. The \$95 million, you will recall, was split three ways. Some \$40 million went to Statistics Canada, where it is largely being used for the Canadian community health survey; \$20 million is for the Canadian Population Health Initiative, which has been folded into CIHI; and CIHI received \$35 million. That is \$55 million over four years to CIHI. That has roughly doubled our operating budget, taking it from \$12 million up to about \$25 million per year. That has moved the ratio that you asked about from roughly 50 per cent federal, 50 per cent provincial, to 80 per cent federal, 20 per cent provincial. That is where we are currently. We are just over halfway through the Roadmap funding. That cycle comes to an end in a year and a half.

Right now, we are in the process of seeking a renewal of that money. To answer your question very specifically, just to maintain the current investments, we would be looking at a level for our operating budget at around \$25 million. To move into new areas, such as the extremely important ones like capturing the degree of health system error to which I alluded, as well as capturing

appartiendra toujours aux gouvernements de gérer le système de soins de santé et de veiller à avoir le bon cadre de politique publique.

Dr. Millar: J'aimerais commencer par la question concernant le directeur de la santé publique. Je sais que la question a déjà été abordée au Forum national sur la santé. Les participants ont conclu que ce n'était pas la meilleure solution pour le Canada. J'ai tendance à être d'accord avec eux pour deux raisons.

Quand on pense au poste de directeur de la santé publique, on pense au travail de C. Everett Koop. Certes, il a joué un rôle efficace dans le domaine de l'avortement, du tabac et du VIH. Depuis, on a retranché ce poste dans l'administration. Il fonctionne maintenant dans le cadre d'un exercice intitulé «Healthy People 2010» (Une population saine en 2010). C'est une entreprise bureaucratique hautement structurée dans le domaine de la santé. Ce n'est plus un modèle vers lequel nous pourrions nous tourner maintenant.

Au Canada, le Forum national a estimé que ce n'était pas une bonne idée, parce que l'idée qu'une personne nommée au niveau fédéral se prononcerait sur des programmes provinciaux ne serait pas bien reçue. Au lieu de cela, les participants ont dit: «Nous avons besoin d'une fonction analogue. Nous devons trouver un moyen de présenter régulièrement aux Canadiens des rapports sur leur santé, sur les déterminants de la santé et éventuellement sur le rendement du système de soins de santé, mais la meilleure façon de le faire dans la tradition canadienne, c'est d'avoir un processus de coopération fédérale-provinciale.» Les participants ont proposé qu'un organisme comme l'ICIS assume ce rôle. En fait, les 95 millions de dollars versés à l'ICIS pour le projet Carnet de route devaient en un sens servir à cela, à présenter des rapports au public.

Je pense que nous pouvons accomplir ces fonctions, si le financement se maintient. Cela m'amène à répondre à votre deuxième question. Vous vous souviendrez que les 95 millions de dollars étaient répartis en trois volets. Il y avait une quarantaine de millions pour Statistique Canada, qui s'en sert essentiellement pour des enquêtes sur la santé des Canadiens; 20 millions pour l'Initiative sur la santé de la population canadienne qui a été intégrée à l'ICIS; et 35 millions pour l'ICIS. Cela représente 55 millions de dollars sur quatre ans pour l'ICIS. Nous avons ainsi en gros doublé notre budget de fonctionnement qui est passé de 12 millions de dollars à environ 25 millions de dollars par an. Le ratio de financement sur lequel vous m'interrogez est passé d'environ 50 p. 100 pour le fédéral et 50 p. 100 pour les gouvernements provinciaux à 80 p. 100 pour le gouvernement fédéral et 20 p. 100 pour les gouvernements provinciaux. C'est là que nous en sommes actuellement. Nous n'en sommes qu'à mi-chemin du financement du Carnet de route. Ce cycle prendra fin dans un an et demi.

Actuellement, nous essayons d'obtenir le renouvellement de ces fonds. Pour répondre précisément à votre question, simplement pour maintenir les investissements actuels, nous aurions besoin d'un budget de fonctionnement d'environ 25 millions de dollars. Pour nous attaquer à de nouveaux domaines très importants, par exemple le recueil de données sur le taux d'erreurs dans la santé

performance in primary health care, we would need some increases to that, probably in the order of 20 per cent and up.

Senator Cook: I can assure that you have done one thing this morning. You have taken my thought processes completely outside the loop.

I would like to consider how we look at these new data, this new information and vision as to how we deliver this kind of health care to our people, which I suppose is the ultimate goal. Given this new dimension, how do you see this impacting on the current curriculum in our medical schools, our schools of nursing and our technical colleges? Do you see this as an added course for doctors and nurses? Where do we go with this?

In my mind's eye this morning, I am looking at the stressed-out nurse on a hospital floor trying to do what is best for a patient, and I see all this wonderful material emerging from all kinds of places. My mind is on overload. How do you see that manifesting itself to help the clients?

Dr. Millar: This material is already being brought into curricula. The report you have in front of you, in its previous iteration, has already been brought into the universities and is being widely used as a textbook for nurses, physicians, et cetera. In terms of the "new public health," if you like, many of the medical schools have specific courses on population health. Thus, medical students and nurses are being educated very broadly. Perhaps Dr. Filler can comment on how we address mistakes.

In some places, they are taught that you immediately tell the patient. You apologize, and then you do everything you can to correct it. We are seeing very good outcomes where that is being done. I know that is being introduced in some curricula, but how broadly across the country, I cannot tell you.

Dr. Filler: Certainly at the big teaching hospitals, most individual programs have what are called "morbidity and mortality rounds." These issues are brought up on a regular basis. For example, that is done on a weekly basis in my program. All the mishaps, anything that might have been wrong — or maybe it was not wrong, but there were bad outcomes — are discussed at conferences. They are discussed, not with disciplinary action in mind, but with the intention of preventing that event from happening again. There are many similar practices in some places, but it is patchy. It may never happen in community hospitals, because they are not organized for it. These are very important elements in trying to correct the systematic problems.

Senator Cook: Did I hear you say that provincial health jurisdictions would be encouraged to get this database up and running so that it would be accessible?

Dr. Millar: The databases that I was referring to, yes. If we want better data on performance in primary health care, home care, the use of pharmaceuticals and mental health, the provincial

dont je vous ai parlé, ou la détermination du rendement dans le domaine des soins de santé primaire, il faudrait augmenter ce budget, probablement de 20 p. 100 au moins.

Le sénateur Cook: Je peux vous garantir que vous avez accompli une chose ce matin. Vous m'avez complètement chamboulé l'esprit.

J'aimerais voir un peu comment nous allons envisager ces nouvelles données, ces nouvelles informations et cette vision pour fournir ce genre de soins de santé à nos concitoyens, ce qui est l'objectif ultime, je suppose. Compte tenu de cette nouvelle dimension, quelles seront à votre avis les répercussions sur les programmes des écoles de médecine, des écoles d'infirmières et infirmiers et des collèges techniques? Est-ce que cela va signifier un cours supplémentaire pour les médecins et les infirmières et infirmiers? Que va-t-il se passer?

J'imagine l'infirmière complètement stressée dans un hôpital qui essaie de faire de son mieux pour s'occuper des patients, et je vois toutes ces choses merveilleuses qui apparaissent un peu partout. J'ai le cerveau qui sature. Comment pensez-vous que tout cela va se concrétiser sous forme d'aide aux clients?

Dr. Millar: Tout cela fait déjà partie des programmes scolaires. Le rapport que vous avez sous les yeux avait déjà été largement utilisé, sous sa forme précédente, dans les universités comme manuel pour les infirmières et infirmiers, les médecins, et cetera. Dans la perspective de la «nouvelle santé publique», si vous voulez, de nombreuses écoles de médecine ont déjà des cours bien précis sur la santé de la population. Donc, on donne déjà un enseignement très vaste aux étudiants en médecine et en soins infirmiers. Peut-être le Dr. Filler pourra-t-il nous parler de la façon de traiter les erreurs.

À certains endroits, on dit aux intervenants qu'il faut immédiatement prévenir le patient. On s'excuse, et ensuite on fait tout ce qu'on peut pour rectifier l'erreur. C'est une procédure qui donne d'excellents résultats. Je sais qu'on introduit cette façon de faire dans certains programmes, mais je ne sais pas dans quelle mesure c'est généralisé dans tout le pays.

Dr. Filler: Dans les grands hôpitaux universitaires, en tout cas, la plupart du temps il y a ce qu'on appelle des séances sur la morbidité et la mortalité. On examine ces questions de façon régulière. Par exemple, dans mon programme, on le fait toutes les semaines. On discute de tous les accidents, de toutes les erreurs, ou pas nécessairement des erreurs, mais des choses qui ont mal tourné. On discute non pas pour prendre des mesures disciplinaires, mais pour éviter que de telles situations ne se reproduisent. Il y a de nombreuses pratiques analogues dans certains endroits, mais c'est très inégal. Cela n'arrive peut-être jamais dans les hôpitaux communautaires, parce qu'ils ne sont pas organisés pour cela. C'est pourtant une pratique très importante pour essayer de rectifier les problèmes systématiques.

Le sénateur Cook: Je crois vous avoir entendu dire qu'on encourageait les directions provinciales de la santé à lancer cette base de données pour qu'elle soit accessible?

Dr. Millar: Les bases de données dont je parlais, oui. Si nous voulons avoir de meilleures données sur le rendement dans le domaine des soins de santé primaires, des soins à domicile, de

governments, of necessity, will have to invest in creating the systems to provide those data.

Senator Fairbairn: Dr. Millar, one thing raised a red flag with me when you spoke about obesity in youth as an epidemic. That sent me scurrying to your report, in which you tell us that in 1981, 15 per cent of boys and girls were overweight. This grew to almost 29 per cent of boys and 23 per cent of girls in 1996. Over that same period, childhood obesity more than doubled.

I was at the National Sports Summit several weeks ago, where one might have assumed that we would be hearing about competition and excellence — which we did — but one of the basic issues discussed was the decline in participation in sports and athletics by children in this country.

When people were asked why this had happened, we got into cutbacks and similar issues from several years ago. In part, the programs and facilities are not available now in the school system or the community to the degree they used to be. There are also competing adventures for young people, in that they are disinclined to partake immediately in sports, and gravitate towards more sedentary activities, such as computers.

Will this area truly be targeted in the program for health education? As you point out, the down-the-road consequences that will have on an adult population are frightening. Previously, parents of a slightly round child were often told they ought not to worry about it, that the child would grow out of it. Some of the things that you and others are indicating mean that is no longer a given.

I am curious to know whether, in all the talk of public health communication and education, you feel there should be a much sharper focus on this subject, because it truly is a national problem?

Dr. Millar: This is a subject on which I could speak for some time.

Senator, you are asking about the policy implications of a finding like this. Part of our mandate, presuming that it and the resources continue, is to do exactly what you are asking. We can do the policy analysis, publish a report and get it into the hands of decision-makers across the country.

We have the mandate and we will shortly begin to do that. There is an issue of double jeopardy. Not only are these kids facing a problem of increased obesity, but they tend to be kids living in low-income circumstances. There is a financial barrier here to taking part in many of the sporting opportunities that more wealthy children have. The problem compounds itself. There are issues of access to physical activity and of nutrition. Schools no longer have linear physical education, and they are also feeding the kids fries in the cafeteria. It is not too hard to begin sketching out the policy implications here. We will be acting on that.

l'utilisation de produits pharmaceutiques et de la santé mentale, il faut absolument que les gouvernements provinciaux investissent dans la création des systèmes qui nous permettront d'avoir ces données.

Le sénateur Fairbairn: Docteur Millar, quand vous avez parlé d'épidémie d'obésité chez les jeunes, j'ai sursauté. Je me suis précipitée sur votre rapport, dans lequel vous nous dites qu'en 1981, 15 p. 100 des garçons et des filles avaient une surcharge pondérale. Ce pourcentage est passé à près de 29 p. 100 pour les garçons et 23 p. 100 pour les filles en 1996. Au cours de cette période, le taux d'obésité des enfants a plus que doublé.

Il y a quelques semaines, j'étais au Sommet national des sports où l'on aurait pu s'attendre à entendre parler de compétition et d'excellence — ce qui a été le cas effectivement — mais où l'un des grands sujets de discussion a été la baisse de participation aux activités sportives et athlétiques chez les jeunes de notre pays.

Quand on a demandé aux gens qui étaient là quelle était l'explication à ce phénomène, on a parlé des coupures et de problèmes analogues remontant à plusieurs années. Il y a en partie le fait qu'il n'y a plus autant de programmes et d'installations à la disposition des écoles ou de la communauté qu'autrefois. Il y a aussi le fait que les jeunes sont attirés par d'autres domaines, qu'ils sont moins enclins à pratiquer des sports et plus attirés par des activités sédentaires comme l'informatique.

Va-t-on s'attaquer spécifiquement à ce problème dans le programme d'éducation sur la santé? Comme vous le dites, les conséquences de cette situation sur la population adulte sont terrifiantes. Autrefois, quand un enfant était un peu grassouillet, on disait souvent à ses parents de ne pas s'inquiéter, que cela allait lui passer. D'après ce que vous nous dites, et vous n'êtes pas le seul, ce n'est plus du tout le cas.

J'aimerais savoir vous estimez que, dans tout ce contexte de communications et d'éducation sur la santé, il faudrait se concentrer beaucoup plus activement sur ce sujet, car c'est vraiment un problème national?

Dr. Millar: C'est un sujet dont je pourrais parler longtemps.

Vous m'interrogez sur les répercussions d'un tel constat sur notre politique. Mon mandat consiste en partie, à condition qu'il soit maintenu et que les ressources aussi soient maintenues, à faire exactement ce que vous dites. Nous pouvons faire l'analyse stratégique, publier un rapport et le remettre aux décideurs du pays.

Nous avons ce mandat et nous allons très bientôt commencer à faire ce travail. C'est un problème cumulatif. Non seulement ces enfants ont un problème d'obésité de plus en plus important, mais en général ce sont des enfants qui vivent dans des milieux défavorisés. Il y a donc un obstacle financier qui fait qu'ils ne peuvent pas participer autant à des activités sportives que les enfants plus riches. Le problème se complique donc de cette façon. Il y a les questions d'accès aux activités physiques et à une bonne nutrition. Les écoles n'ont plus d'éducation physique suivie, et elles ont des cafétérias où l'on donne des frites aux enfants. Les conclusions stratégiques sont assez faciles à tirer. Nous allons nous en occuper.

Senator Fairbairn: I look forward to it.

The Chairman: I thank the three witnesses for coming. We look forward to hearing from you again on the privacy issue, Mr. Pascal, in early September, when we reconvene after the summer break.

Senators, our final witness for today is David Cowperthwaite. I did not know you had changed the name of your department to the "Department of Health and Wellness." I think that is a terrific step forward. I am delighted with the title. When you are making your opening remarks, you might tell us when you made the name change and why, because I think it is an important perspective issue.

Mr. David Cowperthwaite, Director, Information Systems, Department of Health and Wellness of New Brunswick: Honourable senators, the New Brunswick Department of Health and Wellness came into effect a year ago, when the Government of New Brunswick decided to split off the family and community services function into a department called the "Department of Family and Community Services." The Department of Health is operating health care, public health and mental health services directly, and still administering the other financial programs.

We will go through another interesting change in a year, when we create regional health authorities. That is another thing I could talk about for an hour.

The issue today is the provincial perspective on the health "infrastructure." I have presented a brief on which I will make a few comments. I will hit a few of the key points. The good news in Canada today is that there is certainly a wave of collaboration in terms of governments working together on health information systems. That is good. It is somewhat of a forced collaboration, driven by financial necessity. Provinces and territories are hurting in terms of the money available to address needs. Your speakers this morning spoke about the relatively low levels of investment in health infrastructure in Canada.

We need to do more to provide good care for Canadians as well as effective management of the system.

Governments in Canada have a plan to address these needs. It is based on a February 1999 report called the "Canada Health Infoway: Paths to Better Health," and the various committees you heard about this morning have expanded on it — for example, ACHI, the Advisory Committee on Health Infrastructure — and produced a national health infrastructure blueprint and tactical plan.

Beyond that, provinces and territories have built their own detailed plans, which take the same ideas and go a step further. I have included in the package, as an example, the New Brunswick plan for health infrastructure. As you look at these initiatives, you will find a common vision, federally, provincially, territorially, and within the regional health authorities, on what needs to be done in

Le sénateur Fairbairn: J'espère bien.

Le président: Je remercie nos trois témoins d'être venus. Nous avons hâte de vous retrouver pour discuter de la question de la vie privée, monsieur Pascal, au début septembre, après l'ajournement de cet été.

Sénateurs, notre dernier témoin aujourd'hui est David Cowperthwaite. Je ne savais pas que vous aviez changé le nom de votre ministère, qui est devenu le ministère de la Santé et du Mieux-être. Je crois que c'est un progrès fantastique. Je suis enchanté de ce titre. Dans vos remarques d'ouverture, vous pourriez peut-être nous dire quand vous avez changé ce nom et pourquoi, car je pense que c'est une question de vision importante.

M. David Cowperthwaite, directeur, Système d'information, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick: Honorables sénateurs, le ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick est entré en activité il y a un an, quand le gouvernement du Nouveau-Brunswick a décidé de séparer les services familiaux et communautaires et de créer le «ministère des Services familiaux et communautaires». Le ministère de la Santé s'occupe directement des services de soins de santé, de santé publique et de santé mentale, et continue à administrer les autres programmes financiers.

Nous allons avoir une autre innovation intéressante dans un an, lorsqu'on créera les autorités régionales de la santé. C'est un autre sujet dont je pourrais vous parler pendant une heure.

Mais la question aujourd'hui, c'est le point de vue provincial sur l'infrastructure de la santé. Je vous ai remis un mémoire que je vais brièvement commenter. Je soulignerai simplement quelques-uns des points clés de ce texte. La bonne nouvelle au Canada aujourd'hui, c'est qu'il y a manifestement une vague de collaboration des gouvernements sur les systèmes d'information sur la santé. C'est une bonne chose. C'est dans une certaine mesure une collaboration forcée, dictée par la nécessité financière. Dans les provinces et territoires, les ressources nécessaires pour répondre aux besoins font tragiquement défaut. Vos témoins ce matin ont parlé de la faiblesse des investissements dans l'infrastructure de la santé au Canada.

Il faut faire un effort accru pour offrir de bons soins aux Canadiens et en même temps bien gérer le système.

Les gouvernements du Canada ont un plan pour répondre à ces besoins. Il s'appuie sur un rapport de février 1999 intitulé «Inforoute-santé du Canada: Voies vers une meilleure santé», et les divers comités dont vous avez entendu parler ce matin, par exemple le Comité consultatif sur l'infrastructure de la santé, ont développé ce rapport et ont rédigé les grandes lignes et le plan tactique de l'infrastructure nationale de la santé.

En outre, les provinces et territoires ont conçu leurs propres plans détaillés, qui reprennent les mêmes idées en allant un peu plus loin. À titre d'exemple, je présente dans mon document le plan du Nouveau-Brunswick pour l'infrastructure de la santé. Si vous examinez toutes ces initiatives, vous constaterez qu'il y a au niveau fédéral, provincial et territorial et au niveau des autorités

health infostructure. We are all pointed towards the same target and have some degree of common opinion about how to get there.

That vision, and the one being developed in New Brunswick as well as other places in the country, is very much a decentralized solution. We do not see one large computer with all the data lumped into it. We will not get anything accomplished that way. Our approach must be based on building a series of compatible, comparable and interconnected databases. I would like to refer to this idea, perhaps simplistically, as an "islands and bridges strategy" which builds islands of like information, whether a hospital information system, lab information or immunization information. These separate islands would become an integrated island large enough to produce operating efficiencies. Bridges that allow data to move with the appropriate security would cross-reference and interconnect the islands of information.

This approach will allow us to build the national health infostructure step by step. It is a practical way to accomplish something.

Referring to the New Brunswick report, you will see we adopted that same islands and bridges strategy in our more specific plans. We need more information to manage the health care system and deliver good quality care in Canada, but first we need to manage the information we already have. We are not doing a good job of that. There is a great opportunity to gain significant benefits by integrating and standardizing the pieces of information we hold. Much of my commentary, in the briefing and the other work, refers to integrating what we have and making it more readily available.

There is a problem in how the federal government supports the development of health care initiatives and IT in Canada. The approach it is using actually encourages regional disparities. I will use the example of the recently announced Canada Health Infostructure Partnerships Program, or CHIPP, which was mentioned this morning. It will invest \$80 million in telehealth and electronic health record development. The federal funding was limited to 50 per cent of the eligible costs to a maximum amount for each project. We almost got this one right. It is too soon to judge CHIPP overall, but there is a problem emerging with this approach. The requirement for matching funds means that those who have currently funded projects can get money to advance them further into a national mode. While this is attractive from the point of view of leveraging further federal investment, it means those who already had money received more through CHIPP. Those with the greatest financial or regional-disparity-related needs did not have an opportunity to apply.

régionales de la santé une vision commune de ce qu'il faut faire dans le domaine de l'infostructure de la santé. Nous visons tous la même cible et nous nous entendons assez bien sur la façon d'y parvenir.

Cette vision, celle que l'on élabore au Nouveau-Brunswick aussi bien qu'ailleurs dans le pays, est essentiellement axée sur la décentralisation. Nous n'envisageons pas un énorme ordinateur où seraient regroupées toutes les données. Ce n'est pas comme cela qu'on obtiendra des résultats. Notre démarche consiste à construire une série de bases de données compatibles, comparables et connectées les unes aux autres. Quand je parle de cette notion, j'aime bien parler de «stratégie des îles et des ponts», où l'on construit des îles d'information semblable, que ce soit des systèmes d'information hospitalière, des informations de laboratoire ou des informations sur les vaccinations. Ces îles séparées vont devenir une grande île intégrée permettant de réaliser des économies de fonctionnement. Les ponts permettant la transmission de données dans les conditions de sécurité voulues assureront l'interconnexion de ces îles d'information.

Grâce à cette démarche, nous pourrons construire pas à pas l'infostructure nationale de la santé. C'est une démarche pratique qui débouche sur un résultat concret.

Pour en revenir au rapport du Nouveau-Brunswick, vous constaterez que nous avons adopté cette même stratégie des îles et des ponts dans nos plans plus précis. Nous avons besoin de plus d'information pour gérer le système de soins de santé et administrer de bons soins au Canada, mais nous devons commencer par bien gérer les informations dont nous disposons déjà. Or, ce n'est pas ce que nous faisons. Nous pouvons réaliser des gains substantiels en intégrant et en normalisant tous les éléments d'information que nous avons. Une bonne partie de ce que je dis, dans le document d'information et ailleurs, c'est qu'il faut intégrer ce que nous avons et le rendre plus aisément accessible.

La façon dont le gouvernement fédéral soutient le développement des initiatives de soins de santé et de la technologie de l'information au Canada pose un problème. En fait, l'approche utilisée encourage les disparités régionales. Je vais prendre l'exemple du Programme des partenariats pour l'infostructure canadienne de la santé, ou PPICS, qui a été récemment annoncé et dont on a parlé ce matin. Ce programme prévoit des investissements de 80 millions de dollars pour développer la télésanté et les dossiers médicaux électroniques. Le financement fédéral était limité à 50 p. 100 des coûts admissibles jusqu'à concurrence d'un montant maximum pour chaque projet. Là, c'était presque bien. Il est trop tôt pour juger du PPICS dans son ensemble, mais l'approche suivie pose un problème. Dans la mesure où il faut fournir des fonds de contrepartie, ceux qui ont des projets financés actuellement peuvent obtenir de l'argent pour les faire aller plus loin et passer au mode national. C'est attrayant dans la mesure où il y a de nouveaux investissements fédéraux, mais cela veut dire que ceux qui avaient déjà de l'argent en ont reçu encore plus dans le cadre du PPICS. Ceux qui avaient les plus grands besoins financiers ou qui étaient le plus touchés par les disparités régionales n'ont pas eu la possibilité de faire une demande.

CHIPP represents a recent piece of history at which we can look. The real opportunity is in the Canada Health Infoway corporation you heard mentioned this morning. First ministers have agreed to invest \$500 million in this new corporation to advance the electronic health record. This corporation is in the process of developing its strategic focus. If it takes the same path as CHIPP, and invests only where projects are already funded, it will perpetuate the rich getting richer instead of dealing with regional disparity. The approach recommended in that national blueprint and tactical plan that Mr. Pascal referred to specifically discusses the need to focus on areas where there is great need, a willingness to act and a commitment to implementing the resulting change.

The other point I wish to make is on the balance between development and deployment. Dr. Millar gave me an excellent introduction by talking about the work of the CIHI Roadmap. While we recognize the value of CIHI's work and the report they have just produced, the Roadmap initiatives are creating a number of new databases. Without a matching strategy for deployment, CIHI will create empty databases, and the money from the Roadmap will not produce returns for us in managing health care in Canada. There must be a balance between deployment and development. We have to move the developmental cycle into full deployment to get the benefits. If we want to improve health care, we must have full implementation of the systems that cover the breadth of the country. We are not doing a good job of that.

Finally, I want to touch on privacy of personal information. Instead of ignoring this issue, as might have been done historically, legislative efforts are being made to deal with it in a consistent way. Ministers of health in the provinces and territories are in the process of signing an accord to address the harmonization of privacy legislation and to commit to the principles of the CSA model code for privacy. We are setting a standard and making a commitment to adopt it. New Brunswick has signed this accord, and has gone a step further. Last month, we proclaimed the Protection of Personal Information Act, which in effect implements that CSA model code for government-managed information in New Brunswick, including personal health information.

This issue is significant. I believe that many New Brunswickers, and other Canadians, are generally trusting of and comfortable with government management of information. As long as they see a reason and a benefit for sharing information, they will be willing to consent to that. However, some people will choose privacy over sharing information. In doing so, they will also choose to receive a lower level of health care. I do not think we can do anything about that. We need to show the benefits to their care delivery of sharing the information. We need to educate

Le PPICS fait partie de l'histoire récente que nous pouvons examiner. Mais c'est dans la société Inforoute-santé du Canada dont on a parlé ce matin que se trouve le principal potentiel. Les premiers ministres ont accepté d'investir 500 millions de dollars dans cette nouvelle société pour faire avancer les dossiers médicaux électroniques. Cette société est en train d'élaborer son axe stratégique. Si elle emprunte la même voie que le PPICS et n'investit que là où des projets sont déjà financés, elle perpétuera les inégalités et permettra aux riches de continuer à s'enrichir, au lieu de s'attaquer aux disparités régionales. Selon l'approche recommandée dans le plan directeur national et le plan technique dont M. Pascal a parlé, il est indispensable de se concentrer sur les régions où les besoins sont les plus grands, où il existe une volonté d'agir et où l'on est déterminé à mettre en oeuvre les changements qui s'imposeront.

Je voulais faire une autre remarque sur l'équilibre entre développement et déploiement. Le Dr Millar m'a donné une excellente introduction en parlant du travail du Carnet de route de l'ICIS. Certes nous reconnaissons la valeur du travail de l'ICIS et du rapport que l'institut vient de terminer, mais les initiatives du Carnet de route créent un certain nombre de nouvelles bases de données. En l'absence d'une stratégie de déploiement approprié, l'ICIS créera en fait des bases de données vides, et l'argent du Carnet de route ne sera pas rentabilisé au niveau de la gestion des soins de santé au Canada. Il faut établir un équilibre entre déploiement et développement. Il faut assurer au cycle de développement un déploiement complet pour pouvoir retirer les avantages prévus. Si nous voulons améliorer les soins de santé, nous devons mettre en oeuvre complètement les systèmes qui couvrent l'ensemble du pays. Et actuellement nous ne le faisons pas.

Enfin, je voudrais dire un mot de la confidentialité des renseignements personnels. Au lieu d'ignorer la question, comme ça pu être le cas autrefois, on a entrepris des efforts législatifs pour essayer de la régler d'une façon cohérente. Les ministres de la Santé des provinces et des territoires sont en train de signer un accord pour harmoniser les lois sur la protection des renseignements personnels et s'engager à respecter les principes du code modèle de l'ACN pour le respect de la vie privée. Nous établissons une norme et nous nous engageons à l'adopter. Le Nouveau-Brunswick a ratifié cet accord et a été encore plus loin. Le mois dernier, nous avons promulgué la Loi sur la protection des renseignements personnels, qui met en oeuvre en fait le code modèle de l'ACN pour les renseignements gérés par le gouvernement au Nouveau-Brunswick, notamment les renseignements personnels de santé.

La question est importante. Je crois que beaucoup d'habitants du Nouveau-Brunswick et d'autres Canadiens font généralement confiance au gouvernement pour gérer convenablement l'information. Tant qu'ils estiment qu'il y a une raison de partager l'information et que cela présente un intérêt, ils y consentiront. Cependant, certaines personnes feront passer la vie privée avant le partage de l'information. Ce faisant, elles choisiront aussi de bénéficier d'un niveau de soins de santé moins élevé. Je crois qu'on ne peut rien y changer. Nous devons leur montrer que les

them further about their choices, but some people will choose their privacy over their health, and I think we have to respect that.

You are dealing with a number of issues in the Canadian health system and taking a 25-year perspective. In the provinces and territories, we understand the need for and appreciate the value of such long-range planning. We are drawn to a shorter time frame for the infostructure issues. We are dealing with technologies with an effective life of three to ten years. We have to deal with obsolescence and system-replacement cycles. Day-to-day care delivery demands we take a short-term focus in getting the information to where it is needed when it is needed, and that is now.

Short-term focus does not mean short-sighted, and we are looking at these long-term goals for the electronic health record as we build it day by day.

We can improve health delivery in Canada today by integrating and standardizing the information we have and using what is available now. After that very brief introduction, I would be pleased to answer questions.

The Chairman: I have a number of questions, but I will begin with Senator Cohen, who is from your province of New Brunswick.

Senator Cohen: Does protecting personal information also apply to the private sector? Do the same rules apply?

Mr. Cowperthwaite: No. The bill in question deals with the public sector. The private sector is the responsibility of Bill C-6. We have not tried to write legislation where the federal government has stepped up to address the issue.

Senator Cohen: In your tactical plan report, I particularly noticed Recommendation 3, to establish a Health Information Standards Council and set priorities for standards development based on tactical plan requirements. Would you elaborate on that?

Mr. Cowperthwaite: There is a good process in place within New Brunswick government departments to address standardization of information.

We need to call a spade a spade, and not a shovel. It seems a little obvious, but doing that is often difficult. We need a whole structure of data definitions. We are doing it in that departmental cycle fairly well. We are not doing it all that well in the rest of the health care system.

The intention of that recommendation is to bring together a group of people who will develop standards in collaboration with CIHI, because we do not want to invent something, but rather to adopt a national standard appropriate to New Brunswick. It will be a to-and-fro, collaborative approach. We have had CIHI people participating directly in some of our recent projects to make sure

soins qu'elles recevront seront meilleurs grâce au partage de l'information. Nous devons les éduquer en leur montrant les choix qui s'offrent, mais certaines personnes privilégieront leur vie privée plutôt que leur santé et je crois que nous devons respecter ce choix.

Vous étudiez différentes questions touchant le système canadien de santé et vous avez un horizon de 25 ans. Dans les provinces et les territoires, nous savons qu'il est nécessaire de pouvoir planifier à aussi long terme. Mais pour les questions d'infostructure, nous avons tendance à préférer un terme plus court. Il s'agit de technologies qui ont une vie efficace de trois à 10 ans. Nous devons penser à l'obsolescence et au cycle de remplacement des systèmes. Pour assurer la prestation quotidienne des soins de santé, nous devons adopter une perspective à court terme pour transmettre l'information là où elle est nécessaire au moment où il le faut, c'est-à-dire maintenant.

Se concentrer sur le court terme, cela ne signifie pas avoir la vue courte, et nous continuons à garder les yeux sur ces objectifs à long terme pour le dossier électronique de la santé que nous construisons jour après jour.

Nous pouvons améliorer la prestation de soins de santé au Canada aujourd'hui en intégrant et en normalisant les informations que nous avons et en utilisant ce dont nous disposons maintenant. Après cette brève introduction, je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

Le président: J'en ai plusieurs, mais je commencerai par le sénateur Cohen, qui vient lui aussi de votre province, le Nouveau-Brunswick.

Le sénateur Cohen: La protection des informations personnelles s'applique-t-elle aussi au secteur privé? Les règles sont-elles les mêmes?

M. Cowperthwaite: Non. Le projet de loi en question concerne le secteur public. Le secteur privé est du domaine du projet de loi C-6. Nous n'avons pas cherché à légiférer dans un domaine où le gouvernement fédéral intervenait déjà.

Le sénateur Cohen: Dans votre rapport sur le plan tactique, j'ai particulièrement noté la recommandation 3, qui concerne la création d'un conseil des normes d'information sur la santé et établit des priorités pour l'élaboration de normes en fonction des exigences du plan tactique. Pourriez-vous développer ce point?

M. Cowperthwaite: Les ministères du gouvernement du Nouveau-Brunswick ont entamé une bonne démarche en ce qui concerne la normalisation des informations.

Il faut appeler les choses par leur nom. Cela peut paraître évident, mais c'est souvent difficile. Nous avons besoin de toute une structure de définition des données. Nous le faisons assez bien dans ce cycle ministériel. Nous ne le faisons pas aussi bien dans le reste du système de soins de santé.

Le but de cette recommandation est de regrouper des personnes qui élaboreront des normes en collaboration avec l'ICIS, parce que nous ne voulons pas inventer quelque chose, mais plutôt adopter une norme nationale appropriée au Nouveau-Brunswick. Ce sera une démarche d'échanges, de collaboration. Des personnes de l'ICIS ont participé directement à certains de nos

our standards development complements national standards and helps solve some of the problems with those.

Senator Cohen: Do you think that will be a very effective tool?

Mr. Cowperthwaite: I believe so, yes. A fair number of people are involved in the system and ready to participate in this. I would say the hospital and institutional sector is strongly onside with this recommendation — obviously, as it is part of the report. The department is onside. In New Brunswick, we have not yet successfully engaged the physician community in electronic health records development for their offices. I cannot speak for them.

The Chairman: Can I pursue that? The primary data are generated by the physicians out there in their offices. Right? How do you go about trying to get them involved in the electronic collection of those data? Does that require a change in your funding policies? I ask that because perhaps from their point of view, it takes a lot more time to put the information into electronic form as opposed to just scribbling it in a patient's file. Therefore, to the extent that they are then able to see fewer patients and we continue to have fee-for-service, in a sense, you are costing them money. Do you have any thoughts on that or a game plan for dealing with that issue?

Mr. Cowperthwaite: You are right. Certainly the view of the physician community is that they are not there to collect data for government; they are there to serve patients. Fee-for-service just exacerbates that attitude. They do not want to capture any more information than is necessary and relevant to serving their patients. Our strategy is multi-fold. First, we will manage our own data better by integrating the information that the government currently holds and presenting that to the physicians in a more useful format. A physician told me recently during one of our consultations that whenever a patient arrives in the emergency room, the first thing they do is turn to the hospital system for a complete record of every visit by that person to that hospital. We want to extend that into their offices and make that more complete. They will see the value in that, and we will be able to get some fairly short-term return just by using the data we have. When we get to that point, I believe we will be able to make the case that adding more data from their records will make it even better for them. Until we show that we can manage and deliver data in a way that they can use in the current fee-for-service environment — and that is not changing in a hurry — I do not think we can sell them on capturing data and they will stick with their scribbling.

The Chairman: Therefore, no matter how good the development of the electronic side of the system may be nationally and provincially, that is, getting the systems in place, there may be a real problem in getting the primary data into the system.

projets récents pour nous permettre de nous assurer que nos normes complètent les normes nationales et vont contribuer à résoudre les problèmes qu'elles posent.

Le sénateur Cohen: Vous pensez que ce sera un outil efficace?

M. Cowperthwaite: Je le crois, oui. Il y a déjà beaucoup de gens qui participent ou sont prêts à participer à ce système. Je dirais que le secteur hospitalier et le secteur institutionnel appuient fermement cette recommandation — évidemment, puisqu'elle fait partie du rapport. Le ministère est d'accord. Au Nouveau-Brunswick, nous n'avons pas encore réussi à convaincre le monde des médecins d'élaborer des dossiers électroniques pour leurs bureaux. Je ne peux pas parler en leur nom.

Le président: Pourrais-je approfondir cela? Les données primaires viennent des bureaux des médecins eux-mêmes, n'est-ce pas? Comment peut-on les convaincre de participer à la collecte électronique de ces données? Faudrait-il modifier vos politiques de financement? Je pose la question parce qu'ils pensent peut-être que cela leur prend plus de temps de présenter cette information sous forme électronique plutôt que de griffonner quelques mots dans le dossier d'un patient. Par conséquent, si cela signifie qu'ils ne peuvent pas voir autant de patients et si l'on continue à avoir un ticket modérateur, en quelque sorte, cela veut dire que vous leur coûte de l'argent. Avez-vous des idées là-dessus ou un plan pour régler ce problème?

M. Cowperthwaite: Vous avez raison. Effectivement, les médecins estiment qu'ils ne sont pas là pour recueillir des informations pour le gouvernement, mais pour servir leurs patients. Le ticket modérateur ne fait qu'exacerber cette attitude. Ils ne veulent pas recueillir plus d'information qu'il n'en faut pour servir leurs patients. Notre stratégie a plusieurs volets. Premièrement, nous gérons mieux nos données en intégrant les informations que détient actuellement le gouvernement et en les présentant aux médecins sous un format plus utile. Un médecin m'a dit récemment durant l'une de nos consultations qu'à chaque fois qu'un patient se présente en salle d'urgence, la première chose qu'on fait, c'est vérifier les dossiers de l'hôpital pour avoir l'historique complet de toutes les visites de cette personne à cet hôpital. Nous voulons leur donner accès à ces informations dans leur bureau pour que le système soit plus complet. Ils verront que c'est quelque chose d'utile et nous pourrions en tirer un profit assez rapidement simplement en utilisant les données que nous avons déjà. Quand nous en serons là, je pense que nous pourrions convaincre ces médecins qu'en nous communiquant des données de leurs dossiers, ils se rendront service eux-mêmes. Mais tant que nous ne leur aurons pas montré que nous pouvons gérer et présenter les données d'une manière qui leur soit utile dans le contexte actuel du ticket modérateur — et cette situation n'évolue pas très vite — je ne pense pas que nous pourrions les convaincre d'enregistrer les données électroniquement, et je crois qu'ils continueront à griffonner sur un bout de papier.

Le président: Par conséquent, on aura beau élaborer d'excellents systèmes électroniques au plan national et provincial, c'est-à-dire mettre en place des systèmes, on aura quand même un gros problème pour entrer les données de base dans le système.

Mr. Cowperthwaite: Yes, there will be. When you have the hospital information, the lab information, the pharmacy information, and all the visit information from medicare, you are still missing the diagnosis.

The Chairman: At the GP level?

Mr. Cowperthwaite: At the level of the local GP in his office. That is the big missing piece.

The Chairman: That is a crucial piece.

Mr. Cowperthwaite: I agree.

The Chairman: I am wondering whether this is a potential problem down the road.

Mr. Cowperthwaite: Absolutely it is.

Senator Fairbairn: Mr. Cowperthwaite, when we hear someone of your reputation and knowledge tell us that some of the new funding mechanisms may be encouraging regional disparities, we must be concerned. You tell us that currently funded projects have the opportunity to get more out of these new initiatives, while those with the greatest need do not have a proper opportunity to apply. Am I reporting you correctly?

Mr. Cowperthwaite: That is correct.

Senator Fairbairn: I would like to have you elaborate on that and also ask if you have any data that would give us a picture of where in the country people are being disadvantaged by a well-meaning effort, because that is not what we want in this country.

Mr. Cowperthwaite: I would like to stick with the CHIPP program that I mentioned in my briefing notes as the best example. This is a good program in almost every sense. There was consultation with all provinces on its design and the criteria for project selection. Members of this advisory committee of deputy ministers, ACHI, also participated in the actual project selection. There would be a connection between what the left and right hands were doing. That part was done very well. However, it was 50 per cent funding only. One of the requirements was that you had to demonstrate that you already had 50 per cent of the funding for the project. You had to be at least halfway there to apply for money to go the rest of the way.

I could cite a number of examples in New Brunswick of where there were opportunities to do useful things in health care delivery that were not even considered for application to CHIPP because we knew we did not have the first 50 per cent of the money. We did apply in one area, the telehealth field in radiology. We were selected for that, and we were grateful for that additional funding that permitted us to advance one of our needs, but a lot of other things were not done. I think the federal government's program, which was focused on development and spending 50 cents to get a dollar's worth of return, misses an opportunity to balance some of the needs. I have a suspicion that there are other instances where

M. Cowperthwaite: Oui. Même si vous avez toute l'information hospitalière, l'information du laboratoire, l'information de la pharmacie et toutes les informations sur les visites du régime d'assurance médicale, il vous manque quand même le diagnostic.

Le président: Au niveau du médecin généraliste?

M. Cowperthwaite: Au niveau du généraliste local dans son bureau. C'est le gros élément qui nous manque.

Le président: Un élément crucial.

M. Cowperthwaite: J'en conviens.

Le président: Je me demande si cela risque de poser problème à l'avenir.

M. Cowperthwaite: Certainement.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Cowperthwaite, quand on entend quelqu'un avec votre réputation et vos connaissances nous dire que certains des nouveaux mécanismes de financement risquent d'encourager les disparités régionales, il y a de quoi être inquiet. Vous nous dites que les projets actuellement financés pourront mieux profiter de ces nouvelles initiatives, alors que les responsables de projets qui ont les plus grands besoins n'auront pas vraiment la possibilité de présenter une demande de financement. Est-ce bien ce que vous avez dit?

M. Cowperthwaite: C'est juste.

Le sénateur Fairbairn: Je voudrais que vous nous donniez davantage de précisions sur ce sujet et j'aimerais également savoir si vous auriez des données qui nous permettraient de voir dans quelles régions du pays la population est désavantagée par un effort pourtant bien intentionné, parce que ce n'est pas du tout ce que nous recherchons.

M. Cowperthwaite: Je voudrais reprendre l'exemple du programme PPICS que j'ai mentionné dans mes remarques tout à l'heure. C'est un bon programme, pratiquement à tous les points de vue. Il y a eu des consultations avec toutes les provinces au sujet de sa structure et des critères de sélection de projets. Des membres du Comité consultatif des sous-ministres, le CCSM, ont aussi participé à la sélection de projets. Il devait y avoir un lien entre ce que faisaient la main droite et la main gauche. Tout ceci a été très bien fait. Cependant, le financement n'était que de 50 p. 100. Il fallait en effet prouver que l'on avait déjà 50 p. 100 du financement pour le projet. Il fallait avoir fait au moins la moitié du chemin pour pouvoir présenter une demande afin d'obtenir l'argent pour aller jusqu'au bout.

Je pourrais citer plusieurs exemples au Nouveau-Brunswick de cas où il aurait été possible de faire des choses très utiles en matière de soins de santé mais où il n'était même pas possible de présenter une demande dans le cadre du PPICS parce que nous savions que nous n'avions pas les 50 p. 100 nécessaires. Nous avons fait une demande dans un domaine, la télésanté en radiologie. Nous avons été sélectionnés pour cela, et nous avons été très heureux de recevoir ces fonds supplémentaires qui ont permis de progresser et de répondre à l'un de nos besoins, mais beaucoup d'autres choses n'ont pas été faites. À mon avis, le programme du gouvernement fédéral, qui ciblait le

people had valuable project opportunities and great service needs that we just never heard about in the CHIPP program.

Senator Fairbairn: Do you believe that these difficulties might be more pronounced in Atlantic Canada than elsewhere?

Mr. Cowperthwaite: I can say that these are very common in Atlantic Canada. I know some of the people in the territories have a similar view. I do not feel equipped to speak on behalf of the other provinces.

Senator Graham: I was encouraged, and I am sure we all were, to hear that you are enjoying a wave of collaboration between the federal government and the other jurisdictions.

I was puzzled by your saying that some people will choose privacy as their primary concern and refuse consent to share information, and that by doing so obviously they will choose a lower level of health care when their caregiver does not have access to available and relevant information.

Could you elaborate on that and perhaps give us an example? It seems to me that they have already opened the door by going to a health care provider, whether it was the local GP or whoever, and yet you are suggesting that some people will refusing to provide information that is necessary for their treatment.

Mr. Cowperthwaite: Let us take an example, and I will make it personal. I was in a clinic with my son not long ago after he had cut himself. They wanted some information before they stitched up his thumb. It is a fairly simple situation. They asked a couple of questions. Now, if he had had some history of abuse that might have been noted in the government files that record family violence situations, and if that was available to the emergency room doctor, it might have raised a suspicion that could have led to better health care. If the child had been seen for a series of cuts over a period of time, it might have indicated a problem of self-abuse, for example.

In the current situation, you have whatever you choose to tell the caregiver at the time. The caregiver gets whatever information I can remember, and that is used as the basis for care. If there is a full electronic health record, and you let the caregiver look at that, he or she may be able to see patterns that would not come out otherwise. It is difficult when people are in a rush to deliver services, because our system is obviously taxed by the number of patients that need to be seen, particularly in a hospital emergency room. It took six and a half hours, by the way, for a cut.

Senator Graham: How much waiting time did that entail?

Mr. Cowperthwaite: Six hours and 23 minutes.

développement et visait à obtenir un dollar de rendement pour une dépense de 50 sous, passe à côté d'une bonne occasion de rééquilibrer certains des besoins. J'ai bien l'impression qu'il doit y avoir eu beaucoup d'autres cas où les gens avaient d'excellentes idées de projets et de grands besoins en matière de services mais dont on n'a jamais entendu parler dans le cadre du programme PPICS.

Le sénateur Fairbairn: Pensez-vous que ces difficultés sont plus prononcées dans la région atlantique qu'ailleurs?

M. Cowperthwaite: Je sais que ces problèmes sont en tout cas très communs dans la région atlantique. Je sais que certaines personnes des territoires sont du même avis. Je ne suis pas à même de parler au nom des autres provinces.

Le sénateur Graham: J'ai été encouragé, comme nous tous sans doute, de vous entendre dire qu'il y avait une excellente collaboration entre le gouvernement fédéral et les autres gouvernements.

J'ai été étonné que vous disiez que certaines personnes préféreraient donner la priorité à leur vie privée et refusaient de consentir au partage de l'information, et que de ce fait, elles optaient pour un niveau inférieur de soins de santé dans la mesure où les soignants n'avaient pas accès à des renseignements pertinents disponibles.

Pourriez-vous nous donner des précisions sur ce point et peut-être un exemple? Il me semble qu'ils ont déjà ouvert la porte en s'adressant à un prestataire de soins de santé, qu'il s'agisse du médecin de famille ou d'un autre professionnel, et pourtant ces personnes d'après vous refusent de fournir les renseignements nécessaires à leur traitement.

M. Cowperthwaite: Je vais prendre un exemple personnel. Il n'y a pas très très longtemps, je suis allé à une clinique avec mon fils qui venait de se couper. On nous a demandé des renseignements avant de lui faire une suture au pouce. C'est une situation assez simple. On nous a posé deux ou trois questions. S'il y avait eu des antécédents de violence qui auraient pu se trouver dans des dossiers gouvernementaux consignait les cas de violence familiale, et si le médecin urgentiste en avait eu connaissance, cela aurait pu éveiller des soupçons qui auraient pu aboutir à une meilleure qualité de soins. Par exemple, si l'enfant avait été vu pour une série de coupures sur une certaine période, ce pouvait être le signe d'un problème d'autoviolence, par exemple.

Dans la situation actuelle, on dit ce que l'on veut bien dire au prestataire de soins dans ces cas-là. Je vais donner les renseignements dont je me souviens, et c'est cela qui va servir de base pour déterminer les soins. S'il existe un dossier médical électronique qu'on permet au médecin ou à l'infirmière de consulter, il se peut qu'ils arrivent à dégager un profil qui ne serait pas visible autrement. C'est difficile lorsque les gens sont pressés pour fournir les services, parce que notre système souffre bien sûr du nombre de patients qui demandent à être vus, surtout dans une salle d'urgence à l'hôpital. Au fait, il a fallu six heures et demie pour cette coupure.

Le sénateur Graham: Quelle a été la durée de l'attente au total?

M. Cowperthwaite: Six heures et 23 minutes.

Senator Graham: Seven minutes for the stitch.

Mr. Cowperthwaite: Yes. The kicker was, the doctor said that it was healing up nicely, so he would just put a Band-Aid on it and send us home.

Senator Morin: I believe the figure quoted this morning was that 82 per cent of Canadians are satisfied with the care they receive. Were you satisfied with the care you got?

Mr. Cowperthwaite: My son is healthy; I am happy about that.

Senator Morin: You are satisfied.

Mr. Cowperthwaite: To get back to answering your question, it is that breadth of information that other caregivers have that should be available when treating a patient. Whether it is a GP in an emergency room or one of our tele-triage nurses, it is the same thing. We run the tele-triage service. We can phone up and talk to an emergency room nurse to decide what needs to be done about a situation. The breadth of information that is available determines what that nurse's judgment will be about whether to send you to an emergency room, to your doctor the next day, or to just tell you to take care of it yourself. If you do not make that information available, if you choose privacy, either by not volunteering information or by saying they cannot look at your electronic record, you are choosing a lower level of health care.

Senator Cohen: How much should Canada invest in the Canadian health infrastructure as a percentage of total health care spending?

Mr. Cowperthwaite: I think we need to double the amount. You heard figures this morning indicating that we are spending 1 per cent to 2 per cent, when other information-intensive industries are spending in the 7 per cent to 10 per cent range. There would be good value for real care delivery in doubling the amount. I really believe we could produce that. In New Brunswick, we could improve access for people in rural communities, which is one of the current priorities of our telehealth initiatives.

The Chairman: I wonder if I could go back to your privacy act for a minute. I believe you said that it only covers the public sector.

Mr. Cowperthwaite: That is correct.

The Chairman: Suppose a person goes to a private lab. You take in a requisition from your GP, or even from the hospital, to get a blood test. Your act presumably does not cover what a private sector lab can do with that data. Is that correct?

I am trying to understand exactly what is private and what is public in your mind. That is a private sector institution doing some work at the request of a public sector doctor.

Le sénateur Graham: Sept minutes pour la suture.

M. Cowperthwaite: Oui. Le clou, c'est que le docteur a dit que la coupure était belle, et qu'il allait juste mettre un pansement et nous renvoyer à la maison.

Le sénateur Morin: Je pense que ce matin, on a dit que 82 p. 100 des Canadiens étaient satisfaits des soins qu'ils recevaient. Avez-vous été content des soins que vous avez obtenus?

M. Cowperthwaite: Mon fils est en bonne santé; je suis content de cela.

Le sénateur Morin: Vous êtes satisfait.

M. Cowperthwaite: Pour revenir à la réponse à votre question, je dirais qu'il est important que les autres prestataires de soins aient toute cette information lorsqu'ils traitent un patient. Que ce soit un généraliste dans une salle d'urgence ou l'une de nos infirmières de télétriage, c'est la même chose. Nous dirigeons le service de télétriage. On peut téléphoner à une infirmière de salle d'urgence pour savoir quoi faire dans une situation donnée. C'est en fonction de ces informations très précises que l'infirmière pourra déterminer s'il faut vous envoyer à l'urgence, vous conseiller de voir votre médecin le lendemain, ou simplement vous dire de vous soigner seul. Si les renseignements voulus ne sont pas là, si vous optez pour la protection de votre vie privée, soit en ne donnant pas les renseignements, soit en refusant de donner accès à votre dossier électronique, vous choisissez un niveau de soins de santé inférieur.

Le sénateur Cohen: D'après vous, quel pourcentage des dépenses totales en santé le Canada devrait-il investir dans l'infrastructure canadienne de la santé?

M. Cowperthwaite: Je pense qu'il faut doubler le montant. Vous avez entendu ce matin des chiffres selon lesquels nous dépensons de 1 à 2 p. 100, alors que d'autres secteurs axés sur l'information y consacrent de 7 à 10 p. 100 de leur budget. Je pense que l'on en aurait vraiment pour son argent en matière de qualité de soins si l'on doublait la somme. Je crois vraiment que ce serait possible. Au Nouveau-Brunswick, nous pourrions améliorer l'accès pour les personnes des zones rurales, ce qui est actuellement l'une de nos priorités dans nos initiatives de télésanté.

Le président: J'aimerais revenir un instant à votre loi sur les renseignements personnels. Je crois que vous avez dit qu'elle ne s'appliquait qu'au secteur public.

M. Cowperthwaite: C'est juste.

Le président: Supposons que quelqu'un aille dans un laboratoire privé. Cette personne a une demande d'analyse de sang venant de son médecin ou même de l'hôpital. Votre loi ne couvre sans doute pas ce qu'un laboratoire privé peut faire de ses données, n'est-ce pas?

J'essaie de comprendre exactement ce qui est privé et ce qui est public dans votre esprit. Nous avons là un organisme du secteur privé qui travaille à la demande d'un médecin du secteur public.

Mr. Cowperthwaite: The example does not quite work in New Brunswick because we run all of the labs through the hospital system. Let's take an example where a doctor wants to send you to a private physiotherapy clinic.

The Chairman: Would your medicare program cover that?

Mr. Cowperthwaite: No. It would be a private service. The act would not dictate what that physiotherapist could do with the relevant health information.

The Chairman: The federal Bill C-6 does.

Mr. Cowperthwaite: That is correct.

The Chairman: The federal Bill C-6, in its current form, would prevent that physiotherapist from sending information back to the doctor without the approval of the patient?

Mr. Cowperthwaite: Right. The doctor could send someone to the physiotherapist. In the course of doing what the doctor asked, the physiotherapist could observe another, very serious problem, and would be bound not to share that information with the GP.

The Chairman: However, in many provinces the labs are privately run institutions. Bill C-6 says that the doctor can send you to get a blood test, but cannot get the results?

Mr. Cowperthwaite: Not unless you want the doctor to receive them.

The Chairman: The absurdity of that has always blown my mind since we were made aware of this problem a year and a half ago. In any event, from a provincial viewpoint, would you consider it critical that we solve the apparent problem with Bill C-6?

Mr. Cowperthwaite: I believe that in most instances, if I were a patient being sent to physiotherapy and were asked if the physiotherapist could share the results with my doctor, I would say yes. I believe that most Canadians will consent; therefore, I do not believe it is that problematic. However, there will be a few who will choose not to consent.

Senator Morin: Currently, we do not need consent to have this type of information go back and forth. It is an added procedure, with added cost and added paper. It is more than you say.

The Chairman: Our concern is that its real impact is on the research committee, where you are aggregating data, for example, on diabetes, and where in many cases, the individual patient is not even known to the researcher.

Senator Morin: It is not only a private decision. I am sick, but I do not take treatment; that is private, unless I have an infectious disease and then a judge may force me to accept treatment. There is the common good, too, as in the report we got this morning. We did not ask for consent from all these people who had bypass surgery. If we had asked, we would never have had such a good report. I think the common good is important. It is not only a

M. Cowperthwaite: L'exemple ne fonctionne pas très bien au Nouveau-Brunswick parce que tous les laboratoires fonctionnent dans le cadre du système hospitalier. Prenons l'exemple d'un médecin qui veut vous envoyer dans une clinique privée de physiothérapie.

Le président: Est-ce couvert par votre régime d'assurance maladie?

M. Cowperthwaite: Non. Ce serait un service privé. La loi ne préciserait pas ce que le physiothérapeute peut faire des renseignements de santé pertinents.

Le président: Le projet de loi fédéral C-6, si.

M. Cowperthwaite: C'est exact.

Le président: Le projet de loi fédéral C-6, sous sa forme actuelle, interdirait au physiothérapeute de renvoyer les renseignements au médecin sans l'accord du patient?

M. Cowperthwaite: Oui. Le médecin pourrait envoyer quelqu'un voir un physiothérapeute. En faisant ce que le médecin a demandé, le physiothérapeute pourrait observer un autre problème, éventuellement très grave, et il lui serait interdit de communiquer ces renseignements au généraliste.

Le président: Cependant, dans de nombreuses provinces, les laboratoires sont des organismes privés. Selon le projet de loi C-6, le médecin peut vous envoyer faire une analyse de sang mais ne peut pas avoir les résultats?

M. Cowperthwaite: Non, à moins que vous vouliez que le médecin les reçoive.

Le président: J'ai toujours trouvé cela complètement absurde depuis qu'on nous a informés du problème il y a un an et demi. En tout cas, du point de vue provincial, pensez-vous qu'il est essentiel de résoudre le problème, que pose apparemment le projet de loi C-6?

M. Cowperthwaite: Je pense que dans la plupart des cas, le patient envoyé en physiothérapie à qui l'on demande si le physiothérapeute peut communiquer les résultats au médecin va dire oui. Je crois que la plupart des Canadiens vont donner leur consentement; par conséquent je ne crois pas que ce soit problématique. Mais il peut y avoir quelques personnes qui décident de ne pas consentir à cela.

Le sénateur Morin: Actuellement, il n'est pas nécessaire de donner son consentement pour que ces renseignements fassent le va-et-vient. C'est une procédure additionnelle, avec des coûts et du papier supplémentaires.

Le président: Ce qui nous inquiète c'est que le véritable impact s'exerce sur le comité de la recherche, si l'on regroupe des données sur le diabète, par exemple, alors que dans bien des cas le chercheur ne connaît même pas le patient individuel.

Le sénateur Morin: Ce n'est pas seulement une décision privée. Si je suis malade et que je ne suis pas mon traitement, c'est privé, à moins que je n'aie une maladie contagieuse auquel cas un juge peut m'obliger à accepter le traitement. C'est aussi la question du bien commun, comme on l'a dit dans le rapport de ce matin. Nous n'avons pas demandé leur avis à toutes ces personnes qui ont eu des pontages cardiaques. Si on leur avait demandé, on

private decision with private consequences. We would not have reports like the one we received this morning if we had to obtain everyone's consent to having the information being transmitted back and forth.

Mr. Cowperthwaite: You are certainly correct. My comments were focused on the area of identifiable personal information, as opposed to aggregated information.

Senator Morin: No, this is identifiable. If I have bypass surgery in the hospital, they must be able to follow me to see if I will die in a year's time or six month's time. This is identifiable information. That is not aggregated. It is very important. It is personal, identifiable information.

The Chairman: Thank you very much for appearing before our committee. Your comments on the need for funding for deployment and other things fall on receptive ears, since the majority of the committee members are from Atlantic Canada.

Senator Fairbairn: That also includes those who are not from Atlantic Canada.

The Chairman: That is correct — even those members who are from rich Alberta.

The committee adjourned.

n'aurait jamais eu un aussi bon rapport. Je crois que le bien commun est important. Ce n'est pas uniquement une décision privée avec des conséquences privées. Nous n'aurions pas de rapports comme celui que nous avons reçu ce matin si nous devons demander le consentement de chacun pour pouvoir transmettre l'information.

M. Cowperthwaite: Vous avez certainement raison. Je parlais uniquement ici des renseignements personnels identifiables, pas des renseignements regroupés.

Le sénateur Morin: Non, c'est identifiable. Si l'on me fait un pontage cardiaque à l'hôpital, il faut pouvoir me suivre pour savoir si je vais mourir au bout d'un an ou au bout de six mois. Ce sont des renseignements identifiables. Ce n'est pas regroupé. C'est très important. Ce sont des renseignements personnels identifiables.

Le président: Merci beaucoup d'avoir comparu devant notre comité. Vos commentaires sur l'importance du financement pour assurer le déploiement et d'autres choses sont accueillis par des oreilles réceptives puisque la majorité des membres du comité viennent de la région atlantique.

Le sénateur Fairbairn: Ceci vaut aussi pour ceux qui ne sont pas du Canada atlantique.

Le président: C'est vrai — même les membres qui viennent de la riche province de l'Alberta.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Health Canada:

William J. Pascal, Director General, Office of Health and
Information Highway, Information, Analysis and
Connectivity Branch.

From the Canadian Institute for Health Information:

Dr. John S. Millar, Vice-President, Research and Analysis.

From the Canadian Society of Telehealth:

Dr. Robert Filler, President.

*From the Department of Health and Wellness of New Informa-
tion System:*

David Cowperthwaite, Director of Information System.

De Santé Canada:

William J. Pascal, directeur général, Bureau de la santé et
l'inforoute, Direction générale de l'inforoute, de
l'information, de l'analyse et de la connectivité.

De l'Institut canadien d'information sur la santé:

Dr. John S. Millar, vice-président, Recherche et analyse.

De la Société canadienne de télésanté:

Dr. Robert Filler, président.

*Du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau
Brunswick:*

David Cowperthwaite, directeur, Système d'information.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 16, 2001

Le mercredi 16 mai 2001

Issue No. 13

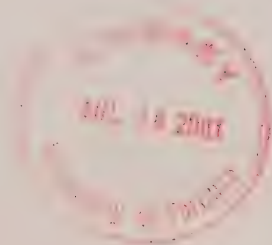
Fascicule n° 13

Eleventh meeting on:
The state of the health care system in Canada

Onzième réunion concernant:
L'état du système de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
DeWare	Roche
Fairbairn, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*May 16, 2001*).

The name of the Honourable Senator DeWare substituted for that of the Honourable Senator Cohen (*May 16, 2001*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Morin (*May 11, 2001*).

The name of the Honourable Senator Kinsella substitution pending (*May 11, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Hubley (*May 10, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
DeWare	Roche
Fairbairn, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 16 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur DeWare est substitué à celui de l'honorable sénateur Cohen (*le 16 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 11 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Kinsella remplacement à venir (*le 11 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Hubley (*le 10 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

Wednesday, May 16, 2001
(14)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 3:30 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, DeWare, Fairbairn, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson and Roche (10).

Other senators present: The Honourable Senator Keon (1).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk; from the Northern Ireland Assembly: Stephen J. Graham, Clerk to the Social Development Committee.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Medical Association:

Dr. Peter Barrett, President.

From the Canadian Medical Forum Task Force 1:

Dr. Hugh Scully, President.

From the Federal Provincial Territorial Advisory Committee on Health Human Resources:

Dr. Thomas Ward, Chair.

From the Canadian Nurses Association

Sandra MacDonald-Remecz, Director of Policy, Regulation and Research.

From the Canadian Federation of Nurses Unions:

Kathleen Connors, President.

From l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec:

Régis Paradis, President.

From the Nurse Practitioners Association of Ontario:

Linda Jones.

From the Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine (CRISM):

Dr. Paul C. Johns, Past Chair.

From the Canadian Chiropractic Association:

Dr. Tim St. Denis, President.

From the Canadian Society for Medical Laboratory Science:

PROCÈS-VERBAL

Le mercredi 16 mai 2001
(14)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 30, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, DeWare, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson et Roche (10).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Keon (1).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative; de l'Assemblée de l'Irlande du Nord: Stephen J. Graham, greffier, Comité chargé du développement social.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Association médicale canadienne:

Dr. Peter Barrett, président.

Du Forum médical canadien, Groupe de travail 1:

Dr. Hugh Scully, président.

Du Comité consultatif fédéral/provincial/territorial des ressources humaines en santé:

Dr. Thomas Ward, président.

De l'Association des infirmières et infirmiers du Canada:

Sandra MacDonald-Rencz, directrice, Politique, réglementation et recherche.

De la Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers:

Kathleen Connors, présidente.

De l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec:

Régis Paradis, président.

De la Nurses Practitioners Association of Ontario:

Linda Jones.

Des Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale:

Dr. Paul C. Johns, ancien président.

De l'Association chiropratique canadienne:

Dr. Tim St. Denis, président.

De la Société canadienne de science de laboratoire médical:

Kurt Davis, Executive Director.

Dr. Barrett made a statement. Dr. Scully made a statement.
Dr. Ward made a statement. The witnesses answered questions.

At 5:40 p.m. the sitting was suspended.

At 5:45 p.m. the sitting resumed.

Ms Jones made a statement. Mr. Paradis made a statement.
Ms Connors made a statement. Ms MacDonald-Remecz made a
statement. The witnesses answered questions.

Mr. Davis made a statement. Dr. St. Dennis made a statement.
Dr. Johns made a statement. The witnesses answered questions.

At 9:00 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Kurt David, directeur exécutif.

MM. Barrett, Scully et Ward font une déclaration. Les témoins
répondent aux questions.

À 17 h 40, le comité suspend la séance.

À 17 h 45, le comité reprend la séance.

Mmes Jones, Connors et MacDonald-Remecz, de même que
M. Paradis, font une déclaration. Les témoins répondent aux
questions.

MM. Davis, St. Dennis et Johns font une déclaration. Les
témoins répondent aux questions.

À 21 heures, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle
convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 16, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:30 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are here to continue our study of the state of the health care system in Canada. We have with us today several groups who will discuss human resources. The witnesses are from the Canadian Medical Association, the Canadian Nurses Association and other health care professional groups.

The gentleman on my left, Mr. Steven Graham, is the Clerk of the Social Development Committee of the Northern Ireland Assembly. Mr. Graham is visiting to learn about our Canadian system so that he can take useful information back to Ireland. Mr. Graham, we are delighted that you are with us.

Senators, our opening session begins with the Canadian Medical Association, Dr. Peter Barrett. Dr. Hugh Scully from the Canadian Medical Forum, Task Force 1, and Dr. Thomas Ward, who is the Chair of the Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources.

Dr. Peter Barrett: President, Canadian Medical Association: Honourable senators, as President of the Canadian Medical Association, I represent more than 50,000 physicians from across Canada. Our association has a twofold mission: to provide leadership for Canada's physicians, and to promote the highest standards of health and health care for Canadians.

The Canadian Medical Association has been following, with great interest, the work of this committee's inquiry into the state of Canadian health care. We are impressed with the committee's ambitious work plan and with the calibre of the representations you have already received. The CMA also commends the committee for scheduling today's session on what we believe to be one of the most important issues affecting the health care system in Canada today and in the future: namely, the state of health human resources.

When it comes to the issue of health human resource capacity, it is well known that the health care system is a labour-intensive service — whether it be physicians, nurses, technicians or other allied health care professionals, who are providing the patient care. In terms of proportion, it is generally accepted that over 70 per cent of institutionally based expenditures are allocated for health human resource requirements.

In the context of recent policy decisions taken by governments related to the funding of the health care system, physicians, nurses, allied health care professionals and administrators have had to make a series of very difficult choices so that they could

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 16 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, se réunit aujourd'hui à 15 h 30 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous allons aujourd'hui poursuivre notre étude de l'état du système de soins de santé au Canada. Nous allons entendre plusieurs groupes qui vont se charger de discuter des ressources humaines. Nos témoins représentent l'Association médicale canadienne, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et d'autres groupements professionnels du secteur des soins de santé.

M. Steven Graham, à ma gauche, est le greffier du Comité du développement social de l'Assemblée de l'Irlande du Nord. Il nous rend visite pour mieux connaître le système canadien et ramener des informations utiles en Irlande. Monsieur Graham, nous sommes heureux de vous avoir parmi nous.

Sénateurs, nous allons entendre lors de notre première séance le représentant de l'Association médicale canadienne, le Dr Peter Barrett, ainsi que le Dr Hugh Scully, du Groupe de travail 1 du Forum médical canadien, et le Dr Thomas Ward, président du Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les ressources humaines en santé.

Le Dr Peter Barrett, président, Association médicale canadienne: Honorables sénateurs, à titre de président de l'Association médicale canadienne, je représente ici aujourd'hui nos membres, soit plus de 50 000 médecins de toutes les régions du pays. L'association a une double mission: elle doit jouer un rôle de chef de file auprès des médecins et promouvoir les normes plus élevées de santé et de soins de santé pour les Canadiens.

L'Association médicale canadienne suit avec beaucoup d'intérêt l'étude du comité sur l'état des soins de santé au Canada. Le plan de travail ambitieux du comité et le calibre des instances qu'il a déjà reçues nous impressionnent. L'AMC félicite aussi le comité d'avoir réservé la séance d'aujourd'hui pour aborder ce que nous considérons comme un des enjeux les plus importants pour le système de santé d'aujourd'hui et de demain, soit la situation des ressources humaines du secteur de la santé.

Lorsqu'il est question de capacité dans les ressources humaines en santé, on sait très bien que les soins de santé consomment beaucoup de main-d'oeuvre — médecins, infirmières, techniciens ou autres membres des professions médicales qui dispensent les soins aux patients. En pourcentage, il est généralement reconnu que plus de 70 p. 100 des dépenses des établissements de santé sont consacrées aux ressources humaines.

Dans le contexte des récentes décisions stratégiques des gouvernements en matière de financement du système de santé, les médecins, les infirmières, les membres des professions paramédicales et les administrateurs ont une série de choix très

meet specified budget targets. Health reform has had a significant, lasting and negative effect on all of the health professions.

Our presentation today will look at five elements of sustainability in connection with the physician workforce: the increasing workload of physicians; physicians practising in rural and remote areas of Canada; the challenge of access to physicians; the quality of life concerns of physicians and their families; and the issue of training and medical education.

The Chairman: I want you to cover all your points, but rather than take 20 or 25 minutes with a full presentation, could you present a summary? My experience has been that we find the question and answer session particularly helpful. We would appreciate that approach, if you do not mind.

Dr. Barrett: Certainly, I do not mind. We will start with the first element, which is workload.

We must ask if the workload that today's physician is contributing to our health care system is truly sustainable. The average physician in Canada is currently working 53 hours per week and an additional 25 hours per week while on call. Although many people may think that "on call" means that you are not at work, but you are close to work. Even though you may be at home while on call, the stress continues because there are things that you cannot do with your family; there are places that you cannot go; and so the stress continues.

For a number of physicians in Canada — almost 2,000 — there is no shared call. They are literally on call 24 hours per day, seven days per week, every day, every week, for years at a time.

I would like to mention one or two quotes from physicians. These will help to impart from the heart an understanding of the current status of physicians. The first one states:

I have practised family medicine for 10 to 12 years. Under the current health care system, I cannot possibly deliver the health care I am satisfied with. Most of my friends have a five-year plan to get out of medicine. It is a disgrace to see what is happening to the profession.

In short, it is difficult to be on the frontline in a service industry and have to be continually apologizing for the care that you can or cannot deliver. Almost every physician reports increases in workloads. They are seeing more patients; there are fewer physicians in their regions; they are doing more administrative work; there are more elderly patients and more complicated patients; and there is just more to do. We need help.

With regard to physicians in rural and remote areas, professional satisfaction is decreasing significantly, as you will see. We at the CMA are very concerned about the health care infrastructure in rural areas. The level of professional support is just not there. It is insufficient to provide quality care, and also to

difficiles à faire pour se conformer aux objectifs budgétaires imposés. La réforme du secteur de la santé a eu un effet important, durable et négatif sur toutes les professions de la santé.

Dans notre exposé d'aujourd'hui, nous abordons cinq éléments de la viabilité qui sont reliés aux effectifs médicaux: la charge de travail croissante des médecins; la situation des médecins qui exercent dans les régions rurales et éloignées du Canada; le défi posé par l'accès aux médecins; les préoccupations des médecins et de leur famille au sujet de la qualité de vie; enfin, la question de la formation et de l'éducation médicales.

Le président: Vous pouvez évoquer tous les sujets que vous avez prévu d'aborder, mais plutôt que de nous faire un long exposé de 20 ou 25 minutes, pourriez-vous nous en donner un résumé? Je sais par expérience que la période des questions nous est particulièrement utile. Nous aimerions bien que vous procédiez ainsi, si vous n'y voyez pas d'inconvénient.

Dr Barrett: Bien sûr, je vous en prie. Commençons par le premier point, qui est celui de la charge de travail.

Il faut nous demander si la charge de travail des médecins canadiens d'aujourd'hui dans notre système de santé est réellement viable. Actuellement, les médecins canadiens travaillent en moyenne 53 heures par semaine auxquelles s'ajoutent 25 heures en attente avec un téléavertisseur. Bien des gens estiment que lorsqu'on est «en attente», on ne travaille pas, mais l'on a toujours l'esprit au travail. Même si l'on reste éventuellement à domicile lorsqu'on est en attente, la tension reste là parce qu'il y a des choses que le médecin ne peut pas faire avec sa famille, des endroits où il ne peut pas aller, ce qui fait que la tension reste.

Pour certains médecins du pays — près de 2 000 — il n'y a pas d'attente partagée. Ils sont en attente 24 heures par jour, sept jours par semaine, souvent sans répit pendant des années.

Je vais vous citer les propos de deux ou trois médecins. Ils vous aideront à comprendre quelle est la situation actuelle. Le premier nous dit:

Je pratique la médecine familiale depuis 10 ou 12 ans. Dans le système actuel de soins de santé, il m'est impossible d'offrir des soins de santé que je trouve satisfaisants. La plupart de mes amis ont un plan de cinq ans pour quitter la médecine. Ce qui arrive à la profession, c'est une honte.

En résumé, il est difficile d'être en première ligne dans un secteur de services et de devoir continuellement s'excuser des soins que l'on peut ou que l'on ne peut pas fournir. Presque tous les médecins font état d'une augmentation de la charge de travail. Ils voient plus de malades, il y a moins de médecins dans leur région, la paperasserie administrative a augmenté, il y a davantage de patients âgés, les cas sont plus complexes et il y a tout simplement plus de choses à faire. Nous avons besoin d'aide.

Dans les régions rurales et éloignées, les taux de satisfaction professionnelle des médecins diminuent de manière significative, comme vous pourrez le voir. L'AMC est très préoccupée par l'infrastructure des soins de santé dans les régions rurales. Le soutien professionnel manque tout simplement. Il ne permet pas

recruit and retain doctors who will serve to meet the needs of those communities.

We have, therefore, developed a policy that will be available to you. There are 28 recommendations in the policy. The three main areas of interest are: training, compensation, and work and lifestyle support. That policy reflects the needs and skills of physicians that will be practising in rural Canada, and it also reflects the needs of their communities.

To deal with the rural issue we need to see commitment and action by all stakeholders, including governments, medical schools and professional associations. We need to see that commitment urgently.

The third area concerns access to physicians. This is an increasing challenge. Most of the information is available for you to read, but I would caution you that this is not a rural problem. Most Canadians seem to have the opinion that the access-to-physician problem is a rural problem; it is not. As I have travelled around the country, I have heard about this in all areas. I have heard about it in the Yukon and in the territories, but I have also heard about it in Calgary, Toronto and right here in Ottawa.

The next one is a recruitment issue: access to everyday medical technology. I know that you have already had a presentation by the Canadian Association of Radiologists who emphasized that, so I will not repeat it. However, access to medical technology is a big problem here. That sort of frustration has led to physicians and other health care workers leaving Canada. Statistics Canada shows that health care workers have made up a disproportionate percentage of the "brain drain" to the United States. They tell us that for every 19 physicians that go south, one comes north. In the nursing profession it is almost as bad — 15 to 1. It is an increasing problem.

Right now, 24 per cent of the physicians practising in Canada are international graduates. In some provinces, such as my home province of Saskatchewan, 54 per cent of physicians are international graduates.

We have relied increasingly on physicians from other countries to meet our needs. That will be increasingly difficult to do. Dr. Scully will be talking about that. There is a worldwide shortage of physicians and health care providers.

The other thing I need to emphasize in this area is the entire issue of new technologies and expanding areas for treatment and the sort of services physicians can provide. Patient expectation is also growing, fuelled largely by information from the Internet. I keep warning people, be aware of baby boomers armed with information and attitude. They are about to hit us, and we are not prepared.

The Canadian Institute of Health Information has shown that per capita costs for patients or people aged 55 years to 74 years are 60 per cent higher than those of people aged 45 years

de dispenser des soins de qualité et par ailleurs de recruter et de conserver des médecins qui répondront aux besoins de ces collectivités.

Nous avons par conséquent élaboré une politique que nous tenons à votre disposition. Elle comporte 28 recommandations. Les trois grands domaines d'intérêt sont les suivants: formation, rémunération et appui de la vie professionnelle et personnelle. Cette politique tient compte de l'exercice de la profession dans les régions rurales du Canada ainsi que des besoins des collectivités.

Pour répondre aux besoins de nos régions rurales, il faut que toutes les parties prenantes, que ce soit les gouvernements, les écoles médicales ou les associations professionnelles, prennent des engagements et des mesures. Il faut que ce soit fait d'urgence.

Le troisième point concerne l'accès aux médecins. C'est un défi de plus en plus difficile à relever. Vous avez beaucoup d'information à votre disposition, mais je vous avertis qu'il ne s'agit pas là d'un problème rural. La plupart des Canadiens semblent penser que la question de l'accès aux médecins est un problème rural; ce n'est pas le cas. J'ai voyagé dans tout le pays et j'ai entendu évoquer le problème partout. J'en ai entendu parler au Yukon et dans les territoires, mais aussi à Calgary, à Toronto et ici même à Ottawa.

Il y a ensuite la question du recrutement: l'accès aux techniques médicales courantes. Je sais que vous avez déjà entendu l'Association canadienne des radiologistes qui, dans son intervention, a déjà insisté sur ce point, et je n'y reviendrai pas. Toutefois, l'accès à la technologie médicale nous pose de énormes problèmes. Cette frustration amène les médecins et d'autres professionnels de la santé à quitter le Canada. Statistique Canada nous révèle que les professionnels de la santé sont responsables, dans une proportion anormalement élevée, de la «fuite des cerveaux» vers les États-Unis. Il nous dit que pour un médecin qui déménage dans le Nord, 19 s'en vont vers le Sud. Chez les infirmières, la situation est presque aussi grave — dans une proportion de 15 contre un. La situation se dégrade.

À l'heure actuelle, 24 p. 100 des médecins qui pratiquent au Canada ont un diplôme étranger. Dans certaines provinces, comme chez moi en Saskatchewan, 54 p. 100 des médecins ont eu leur diplôme à l'étranger.

Nous faisons de plus en plus appel à des médecins d'autres pays pour subvenir à nos besoins. Ce sera de plus en plus difficile à faire. Le Dr Scully va vous en parler. Il y a dans le monde entier une pénurie de médecins et de professionnels de la santé.

Je veux aussi insister ici sur toute la question des nouvelles technologies, de la multiplication des traitements et des différents services que les médecins peuvent dispenser. Les malades sont par ailleurs de plus en plus exigeants en raison principalement de l'information fournie par l'Internet. J'avertis constamment les gens, faites attention à la génération née après la guerre, informée et sûre d'elle. Nous allons être frappés de plein fouet et nous ne sommes pas prêts.

L'Institut canadien d'information sur la santé nous révèle que les coûts par habitant chez les 55 à 74 ans dépassent de 60 p. 100 ceux qu'on enregistre chez les 45 à 64 ans. Nous

to 64 years. We recognize that as people age, their health care needs rise.

It is not only keeping them alive. It is allowing them to live better. It is fixing their cataracts, giving them new hips, and that sort of thing. We realize that as the Canadian population ages, the need for health care services will increase.

In looking at the cost of medical services and what we as physicians will be providing, you cannot look only at today's numbers. Realistically, one patient now will be reviewed in terms of physician population ratios as 1.6 when we examine the needs of that older group.

In addition, the average age of physicians is increasing. We have been losing our young people. The Canadian Institute for Health Information also provides us with those statistics. By 2024, 40 per cent of all active physicians will be over the age of 55. The numbers of today do not reflect that. The physicians will not want to work harder, but many will be thinking about retirement.

The fourth issue is the quality of life concerns of physicians and their families. Doctors have spent their time telling patients and increasingly helping patients prevent stress and deal with increasingly stressful lives. In the meantime, we have not been practising what we have been preaching. We are increasingly discouraged with a system that we do view as resource poor, disorganized and, to a certain extent, overwhelmed.

Trying to balance a family life with the burgeoning demands of practice is adding to strain. Finding quality time for oneself and one's family is increasingly difficult. I would like to add that quote:

I can never make up the time I spend away from my family when my children were growing up. I would never have chosen another career, but I am glad my children have not followed in my profession.

Physicians traditionally were proud to have their children follow them in their profession. A recent study by the Alberta Medical Association showed that one in four physicians was actually actively discouraging their children to go into medicine. I always like to tell people my wife threatened my daughter she would shoot her if she married a doctor.

We also have to look at who will be practising medicine. As we look at medical school enrolment, increasingly, we are seeing more women. Fifty per cent of our classes now are female. Women traditionally are more caring individuals and have tended to want a better balance in life. We are not seeing that only from the women, though. We are also seeing that from our younger graduates. We will have to deal with that.

We must do something about medical education. Here is where the federal government can truly demonstrate its leadership and commitment.

savons qu'à mesure que les gens prennent de l'âge, leurs besoins en matière de santé augmentent.

Il ne faut pas seulement les garder en vie mais encore leur permettre de vivre mieux. Il faut opérer leurs cataractes, leur greffer de nouvelles hanches, et cetera. Nous nous rendons compte que les besoins de services de santé vont augmenter avec le vieillissement de la population canadienne.

Lorsqu'on considère le coût des services médicaux et les services que vont dispenser les médecins, on ne peut pas se baser uniquement sur les chiffres actuels. On peut considérer qu'une personne de 65 ans équivaut à 1,6 personne en ce qui concerne le travail du médecin.

De plus, l'âge moyen des médecins augmente. Nous perdons nos jeunes. L'Institut canadien de l'information sur la santé nous fournit aussi ce genre de statistiques. En 2024, 40 p. 100 des médecins en activité auront plus de 55 ans. Les chiffres actuels ne sont pas les mêmes. Les médecins ne voudront pas travailler davantage et ils seront nombreux à penser à la retraite.

Le quatrième point a trait aux préoccupations liées à la qualité de vie des médecins et de leur famille. Les médecins ont passé leur temps à conseiller les malades et à leur dire d'éviter les tensions, de plus en plus fréquentes aujourd'hui, et d'aménager leur vie en conséquence. En attendant, ils n'ont pas pratiqué ce qu'ils prêchaient. Ils sont de plus en plus découragés par un système qui, selon eux, manque de ressources, est désorganisé et, dans une certaine mesure, débordé.

La tension augmente du fait de la nécessité d'équilibrer la vie familiale avec les demandes accrues de la profession. Il devient de plus en plus difficile de trouver du temps pour soi et pour sa famille. Je tiens ici à citer un médecin:

Je ne pourrai jamais rattraper le temps que j'ai passé loin de ma famille pendant que mes enfants grandissaient. Je n'aurais jamais choisi une autre carrière, mais je suis heureux que mes enfants n'aient pas choisi la même profession que moi.

Les médecins étaient fiers jusqu'alors de voir leurs enfants s'engager dans la même profession. Un sondage mené récemment par l'Association médicale de l'Alberta nous révèle qu'un médecin sur quatre déconseille fortement à ses enfants d'entrer dans la médecine. Je dis toujours aux gens que ma femme a menacé ma fille de la tuer si elle épousait un médecin.

Il faut aussi considérer qui va pratiquer la médecine. Lorsqu'on examine les inscriptions dans les écoles médicales, on s'aperçoit qu'il y a de plus en plus de femmes. Il y a 50 p. 100 de femmes dans nos classes. Traditionnellement, elles ont tendance à s'occuper davantage des autres et à rechercher une vie plus équilibrée. Nous ne le voyons pas seulement chez les femmes, d'ailleurs. Nous le voyons chez tous nos jeunes diplômés. Il nous faut en tenir compte.

Nous devons faire quelque chose en matière d'enseignement médical. C'est dans ce domaine que le gouvernement fédéral doit faire preuve de dynamisme et prendre des engagements.

Tuition deregulation has meant that tuition for our students is becoming prohibitive. If we do not do something soon, it will only be the sons and daughters of wealthy Canadians who will be able to go to medical school and choose a career in medicine. That would not do good things for our demographics in terms of distribution of physicians, as well as some of the cultural needs of some of our disadvantaged communities in Canada.

Furthermore, even though Dr. Scully will be talking about some successes we have had in increasing medical school enrolments, the reality is our medical schools have been strapped. Their infrastructures are rusted. They do not have the capacity to deal with an increasing student load. We must do something to help them.

There is something the federal government could do for medical education. There is a precedent in the "Health Resources Fund Report of 1966." We must ensure that the opportunity to train as a physician remains available to all Canadians.

Finally, health care has long been a competitive advantage for Canada in attracting business and investment. Our publicly funded health care system and those who work in it have provided Canada with that competitive advantage.

We acknowledge the good work that the federal government has done in funding sector studies through Human Resources Canada and by the pending funding for the proposed study on physician needs to be forthcoming by my colleague Dr. Scully. He will talk more about that in his presentation.

However, we need to go further. We need, as a country and particularly as a government, to provide for and encourage flexibility so that we can do cross cutting multidisciplinary needs assessments with an application to the entire workforce.

We must realize that health care, like many other things, is now a global commodity. It is part of the knowledge global community now. Like other sectors of the economy, if we are going to compete and succeed, we must provide an attractive environment to not only retain but repatriate the physicians who have left. If we are serious about a world class health care system in Canada, we must provide an environment that will attract world-class people and retain the world class people that we train.

The deterioration of working conditions, inability to provide the patient care they were trained to provide, lack of access to health care technology and lack of other health care providers and, to a certain extent, lower fees and higher taxation have all led to that less competitive environment. In fact, when I met with the Consumers Association of Canada, they suggested to me that our health care system was no longer a competitive advantage.

Du fait de la déréglementation des frais de scolarité, les études de médecine sont devenues trop onéreuses. Si nous ne réagissons pas bientôt, seuls les fils et les filles des familles riches pourront au Canada entrer à l'école de médecine et faire carrière. Ce ne sera pas bon pour le profil démographique de nos médecins de même que pour la satisfaction des besoins culturels de certaines communautés défavorisées au Canada.

En outre, même si le Dr Scully va vous dire que nous avons réussi dans certains cas à faire augmenter les inscriptions dans nos écoles de médecine, en réalité ses écoles sont gênées aux entournures. Leur infrastructure laisse à désirer. Elles n'ont pas la capacité d'accueil de plus grosses promotions d'étudiants. Il nous faut faire quelque chose pour les aider.

Il y a une chose que pourrait faire le gouvernement fédéral pour les études de médecine. Il y a un précédent dans «Le rapport de la Caisse d'aide à la santé de 1966.» Nous devons nous assurer que tous les Canadiens qui le souhaitent puissent suivre une formation en médecine.

En terminant, il y a longtemps que les soins de santé constituent un avantage concurrentiel pour le Canada lorsqu'il s'agit d'attirer des entreprises et des investissements. Notre régime public de soins de santé et ses ressources humaines ont donné cet avantage concurrentiel au Canada.

Nous reconnaissons le bon travail que le gouvernement fédéral a fait en finançant des études sectorielles par l'entremise de Développement des ressources humaines Canada de même que l'étude proposée sur les besoins des médecins, dont le financement est en instance, que va mener mon collègue, le Dr Scully, et dont il vous parlera davantage dans son exposé.

Toutefois, il faut aller plus loin. Notre pays, et plus particulièrement le gouvernement, doit prévoir et encourager la flexibilité afin que nous puissions procéder à des évaluations transversales et multidisciplinaires de besoins qui s'appliqueront à tout l'effectif du secteur.

Nous devons comprendre que la santé, comme bien d'autres choses, est aujourd'hui une marchandise commercialisée à l'échelle mondiale. Elle fait désormais partie des connaissances de la collectivité internationale. Comme dans tout autre secteur de l'économie, s'il faut être compétitif pour réussir, il faut que le Canada offre un environnement concurrentiel capable, non seulement de garder nos médecins, mais aussi de faire revenir ceux qui sont partis. Si nous sommes sérieux lorsque nous parlons d'avoir un système de soins de santé de calibre mondial, nous devons alors offrir un environnement qui attirera et nous permettra de conserver du personnel de santé de ce calibre.

La dégradation des conditions de travail, l'incapacité de dispenser des soins pour lesquels ils ont reçu une formation, le manque d'accès aux techniques de soins de santé, le manque d'autres prestataires de soins et, à un degré moindre, la faiblesse des honoraires et le poids de la fiscalité, sont tous des éléments à l'origine de l'environnement moins concurrentiel. D'ailleurs, lorsque je l'ai rencontrée, l'Association des consommateurs du Canada m'a dit que le système de soins de santé ne bénéficiait plus d'un avantage concurrentiel.

Government must recognize that this issue is not just a workforce issue. This is an issue of competitiveness. We must look to other sectors of the economy and other countries to learn how they adjusted successfully to the complexities of attracting and retaining their workforce in today's global marketplace.

I would like to thank the committee for inviting us to appear today. We trust that we will have further opportunity to appear before you. You are doing good work and this is an important study. We would like to help in any way we can. Thank you very much.

Dr. Hugh Scully, Co-chair, Canadian Medical Forum Task Force I: I would like to touch on a few of the items that Dr. Barrett identified. Then I will focus on what it is that the profession as a whole has been doing working together and with others to try to address the issue of the workforce of physicians in Canada.

There is an organization known as the Canadian Medical Forum. The membership and the listing are in the text that you have. It was created to coordinate approaches and activities among the nine national medical organizations in terms of things that we have in common. One of those being education, one of those being access and quality, and another being the renewal of the workforce.

The membership is made up of the organizations, as I pointed out, but I would emphasize that it includes students, residents, deans, practising physicians, licensing authorities, the teaching institutions and the hospitals. It is a broad spectrum.

Being concerned about what was happening with workforce as we saw it, both in the workplace, as Dr. Barrett pointed out, and in the education enterprise, we came together in 1999 to form the first of two task forces. It was called "Task Force I", anticipating that we would be moving beyond that point. We were trying to address some of the short- and medium-term problems that we could identify.

Lorne Tyrrell, who was and is the Dean of Medicine at the University of Alberta and the president of the organization of deans, APMC, and I as the president of the Canadian Medical Association had the opportunity of co-chairing Task Force I. Lorne Tyrrell and Dale Dauphinee wrote the report.

And as a matter of record, Mr. Chairman I think that you have the full report available and an executive summary in the material that you have. There is no point going through that in great detail.

We realized that we needed to identify a continuing mechanism to examine what was happening with the workforce in light of changing health and health needs, expectations on the part of the public, physicians, nurses and other health professionals and the environment in which we are working.

Le gouvernement doit reconnaître que le problème n'est pas seulement un problème d'effectif. C'est une question de compétitivité. Nous devons regarder vers d'autres secteurs de l'économie et d'autres pays pour déterminer comment ils ont réussi à s'adapter et à surmonter les complexités qui surgissent lorsqu'il s'agit d'attirer et de garder leurs effectifs sur le marché mondialisé d'aujourd'hui.

Je remercie le comité de nous avoir invités à comparaître aujourd'hui. Nous espérons avoir d'autres occasions de venir témoigner de nouveau. Vous faites un excellent travail sur cette étude importante. Nous souhaitons vous aider dans toute la mesure de nos moyens. Je vous remercie.

Le Dr Hugh Scully, président, Forum médical canadien, Groupe de travail I: J'aimerais poursuivre sur quelques points qu'a abordés le Dr Barrett. Je me pencherai ensuite sur ce qu'a fait la profession dans son ensemble, par elle-même et en collaboration avec d'autres, pour essayer de remédier au problème des effectifs des médecins au Canada.

Il existe une organisation appelée Forum médical canadien. Vous en trouverez la liste des membres dans le mémoire que nous vous avons fourni. Il a été créé en vue de coordonner l'action et les activités de neuf organisations médicales canadiennes qui ont un certain nombre de choses en commun. Il y a d'abord l'enseignement, ensuite l'accès et la qualité et enfin le renouvellement des effectifs.

Nos membres sont des organisations, comme je vous l'ai indiqué, mais j'insiste sur le fait qu'elles regroupent des étudiants, des résidents, des doyens, des médecins pratiquants, des services d'accréditation ainsi que les établissements d'enseignement et les hôpitaux. L'éventail est très large.

Comme nous étions préoccupés par les problèmes d'effectifs, aussi bien sur les lieux de travail, comme vous l'a indiqué le Dr Barrett, que dans les établissements d'enseignement, nous avons constitué en 1999 un premier groupe d'étude. On l'a intitulé «Groupe de travail I» parce que nous envisageons de poursuivre ensuite notre tâche. Nous avons cherché à remédier aux difficultés à court et à moyen termes que nous pouvions déceler.

Lorne Tyrrell, qui reste le doyen de la faculté de médecine de l'Université de l'Alberta et qui est président de l'organisation des doyens, l'APMC, et moi-même, en tant que président de l'Association médicale canadienne, avons eu l'occasion de coprésider le Groupe de travail I. Lorne Tyrrell et Dale Dauphinee en ont rédigé le rapport.

Pour qu'il en soit pris acte dans votre procès-verbal, monsieur le président, je pense que l'on vous a remis l'intégralité du rapport correspondant ainsi qu'un résumé dans la documentation que vous avez devant vous. Il n'est pas nécessaire de tout reprendre en détail.

Nous nous sommes rendu compte qu'il nous fallait mettre en place un mécanisme permanent d'examen de ce qui arrivait à nos effectifs compte tenu de l'évolution de la santé et des besoins correspondants, des attentes du public, des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé ainsi que de notre cadre de travail.

That is the basis upon which Task Force II, which is now up and running. Interestingly, it has some terms similar to those of your committee. We are looking forward to working with you in this connection.

Task Force II is looking at models of care, different ways of delivering care and the team approach to care. We are taking into account changes in information technology, technology and medicine, and the explosion of knowledge that is occurring in the medical arena.

Task force I was trying to address what was happening with physicians in training and physicians in practice. We came up with a number of recommendations that are outlined in the report to you.

There had been, by way of government policy decision, a cut back in the funding of undergraduate medical positions across the country of about 10 per cent as a consequence of a report commissioned by the deputy ministers in 1991. At that time, the ratio of physicians to the population was 1.9 physicians per 1,000, or in round terms, about one physician for every 540 Canadians. As has been pointed out by others, that ratio has been maintained until the present time. I will return to the issue of ratios because that is not how medicine is practised.

As a consequence of that recommendation, and due to several other factors, enrolment in medical schools was reduced by 17 per cent. One of the mitigating factors was that the post-graduate deans and program directors at medical schools did not have sufficient flexibility to identify areas of need and address them. There was also some resistance on the part of some of the medical societies and associations across the country, also with capped budgets, to having more physicians come on stream because of the dilution of the pool.

The causes were multi-faceted, but the result was a 17 per cent reduction in enrolment. By 1997, there was less opportunity for a Canadian to go to medical school than for any person in any other developed country in the world for its population. That is an important concept to have in mind.

Task Force I thought that Canada should be reasonably self-sufficient in the production of physicians as we moved into the future. That is not to say that we would exclude qualified international graduates in any way. As Dr. Barrett pointed out, we have a rich heritage across the country of international graduates who contribute significantly to the quality of health and health care in the country.

Our first recommendation was to increase the enrolment in the medical schools to the tune of 2,000 by the year 2000 without coercion. That is, there should not be unreasonable demands on return of service for enrolment in medical school that does not apply in any other area where there is graduate education.

C'est sur cette base que s'est constitué le Groupe de travail II, qui est aujourd'hui en activité. Il est intéressant de constater que son mandat s'apparente sur certains points à celui de votre comité. Nous espérons pouvoir collaborer avec vous sur cette question.

Le Groupe de travail II se penche sur les modèles de soins, sur les différentes façons de dispenser les soins et sur le travail en équipe. Nous tenons compte de l'évolution des systèmes d'information, de la technologie et de la médecine ainsi que de l'explosion des connaissances dans le domaine de la médecine.

Le Groupe de travail I avait cherché à examiner la situation des médecins en cours de formation et dans l'exercice de leurs fonctions. Nous avons fait un certain nombre de recommandations qui figurent dans le rapport que vous avez devant vous.

Le gouvernement a décidé de réduire d'environ 10 p. 100 les crédits affectés aux postes de stagiaires médicaux à la suite d'un rapport commandé par les sous-ministres en 1991. À l'époque, le nombre de médecins par rapport à la population était de 1,9 pour 1 000 soit, en arrondissant, d'un médecin pour 540 Canadiens. Comme l'ont signalé d'autres intervenants, ce rapport est resté le même jusqu'à maintenant. Nous y reviendrons parce que ce n'est pas ainsi que l'on pratique la médecine.

À la suite de cette recommandation, et à cause de plusieurs autres facteurs, les inscriptions dans les écoles de médecine ont diminué de 17 p. 100. L'une des causes de ce phénomène, c'était que les doyens chargés des études postdoctorales et que les directeurs de programme des écoles de médecine ne disposaient pas d'une marge de manœuvre suffisante pour répertorier les besoins dans certains secteurs et y remédier. Il y a eu aussi quelque résistance de la part de certaines associations médicales et autres dans le pays, dont les budgets étaient eux aussi plafonnés, à mettre davantage de médecins en service en raison de la dilution des effectifs.

Les causes sont multiples, mais cela s'est traduit par une diminution de 17 p. 100 des inscriptions. En 1997, dans aucun autre pays développé du monde il était aussi difficile qu'au Canada d'entrer dans une école de médecine. C'est une chose qu'il ne faut pas oublier.

Le Groupe de travail I a estimé que le Canada devrait être raisonnablement autosuffisant pour former les médecins dont nous aurons besoin pour l'avenir. Cela ne veut absolument pas dire qu'il faut exclure les diplômés de l'étranger qui sont qualifiés. Comme l'a signalé le Dr Barrett, nous avons dans notre pays une longue tradition d'accueil de diplômés de l'étranger, qui ont largement contribué à renforcer la santé et la qualité des soins de santé dans notre pays.

Nous avons recommandé en premier lieu que l'on augmente d'environ 2 000 le nombre d'inscriptions dans les écoles de médecine à compter de l'an 2000, sans coercition. En l'occurrence, il ne faut pas qu'il y ait des exigences déraisonnables imposant un certain type de services en contrepartie de l'inscription dans une école médicale qui ne s'appliquent pas aux autres domaines de l'enseignement universitaire.

We thought, also, that we should do what we could to enhance recruitment, retention and repatriation of Canadian physicians. Dr. Barrett mentioned the immigration that had taken place. We are talking about a net loss — not just certain people go away and come back. I know that I did that, and others did that. I know Senator Keon came back. We are talking about a net loss, which over the course of the decade of the 1990s, was more than 4,000 physicians — most of whom had departed within ten years of the time of their graduation. These were bright young physicians who left, in large part, because they could not practice what they were taught to do. The money issue was there but that was not the most important issue.

Forty per cent of the people who left have retained their licences in Canada. If we could create an environment that is attractive for those young Canadians to return with their families, we would be in a good position to address in the short- and intermediate-term some of the shortages that we see.

We need to do is to make it attractive for Canadians to stay here. With CIHR, the academic establishment has reversed the brain drain a significant amount. That has been a healthy move, and one that we strongly support. We continue to lose two medical class school equivalents a year as a net loss to the United States.

The next recommendation was that we increase the post-graduate training complement as well. The details are in the report. We noted three main issues in the report.

First, flexibility of career choice for medical graduates should be increased so that they could move into areas of need rather than being channelled, as they are at the present time, into areas where they may not wish to remain.

Second, the debt load of studying medicine should be better managed. About 50 per cent of specialists were general practitioners for two years or four years to pay off debts. Dr. Barrett made reference to the debt load — many of us had debt load when we came out. These specialists would enter a speciality practice after their debt load was lifted. That was true in obstetrics, paediatrics, psychiatry, and radiology, to name a few. Those positions were closed down.

Third, the graduate complement would need to be increased. We once had a much better capacity than we have at the present time to validate the international graduates who were qualified. Those men and women from other countries who have been well educated and pass the same kind of qualifying exams as Canadian medical students. That is important in order to ensure quality and delivery of care in the country for the Canadian public. If we increase the post-graduate complement, we could address those three issues.

We also need to set up an ongoing method of monitoring what is happening. Your efforts in this arena are certainly appreciated. CIHI is getting increasingly involved. Task Force II, which is not

Nous avons estimé par ailleurs qu'il fallait faire le maximum pour améliorer le recrutement, le maintien au pays et le rapatriement des médecins canadiens. Le Dr Barrett a évoqué le phénomène de l'immigration. Nous parlons de pertes nettes et pas seulement des personnes qui partent et qui reviennent. Je sais que je l'ai fait et que d'autres comme moi l'ont fait. Je sais que le sénateur Keon est revenu. Nous parlons d'une perte nette qui, au cours de la décennie des années 90 s'est montée à plus 4 000 médecins — la plupart d'entre eux étant partis moins de 10 ans après avoir obtenu leur diplôme. Ce sont pour une bonne part de jeunes et brillants médecins qui sont partis parce qu'ils ne pouvaient pas pratiquer ce qu'on leur avait enseigné. Il y avait la question de l'argent, mais ce n'était pas essentiel.

Quarante pour cent de ceux qui sont partis ont conservé leur droit d'exercer au Canada. Si nous pouvions créer un cadre accueillant permettant à ces jeunes Canadiens de revenir avec leur famille, nous serions bien placés pour remédier à certaines pénuries que nous voyons se profiler à court et à moyen terme.

Il faut que les Canadiens aient envie de rester chez nous. Grâce à l'ICRS, l'institution universitaire a largement enrayer le phénomène de fuite des cerveaux. La démarche s'est avérée très profitable et nous y sommes très favorables. Nous continuons à perdre l'équivalent des promotions de deux écoles de médecine par an qui représentent une perte nette en faveur des États-Unis.

Nous recommandons ensuite d'augmenter les effectifs des médecins stagiaires après leur diplôme. Tous les détails figurent dans le rapport. Nous avons évoqué trois grandes questions dans ce rapport.

Tout d'abord, il convient de diversifier les possibilités de carrière des diplômés de médecine pour qu'ils puissent choisir des secteurs déficitaires plutôt que d'être dirigés, comme c'est le cas à l'heure actuelle, dans des secteurs où ils ne souhaitent pas rester.

Il conviendrait aussi de mieux gérer l'endettement des étudiants en médecine. Environ 50 p. 100 des spécialistes ont pratiqué la médecine générale pendant une période de deux à quatre ans pour rembourser leur dette. Le Dr Barrett a fait allusion au fardeau de l'endettement — nous étions nombreux à avoir des dettes à la fin de nos études. Ces spécialistes ont commencé à exercer dans leur spécialité une fois que leur dette a été épurée. Il en a été ainsi dans les secteurs de l'obstétrique, de la pédiatrie, de la psychiatrie et de la radiologie, pour n'en nommer que quelques-uns. Ces postes n'ont pas été pourvus.

Troisièmement, il convient d'augmenter les effectifs des diplômés, il fut un temps où nous étions bien plus à même qu'aujourd'hui de valider les diplômes acquis à l'étranger par des personnes qualifiées. Il s'agit des hommes et des femmes nés à l'étranger qui ont fait de bonnes études et qui passent les mêmes examens d'accréditation que les étudiants en médecine du Canada. C'est important pour s'assurer de la qualité des soins dispensés à la population canadienne. En augmentant les effectifs du personnel ayant un diplôme postdoctoral, nous pourrions régler ces trois questions.

Nous devons aussi mettre sur pied une méthode permanente de contrôle de la situation. Vos efforts dans ce domaine ne manquent pas d'être appréciés. L'ICIS est de plus en plus impliqué. Le

just the profession, is looking at that. I know that the deputy ministers and Dr. Ward will be addressing some of these issues. Things are moving in the right direction.

Finally, we need to be able to address distribution and mix of physicians. One of the issues in terms of quality of life that Dr. Barrett mentioned and the ratios that I raised, is that it is not just the number of physicians, it is what is happening. The body of knowledge is doubling every 12 months to 18 months.

There is not only a gender difference in terms of what is happening in the profession — about 50 per cent of the graduates being female. Most female physicians carry the greatest load in terms of family life and do not see as many patients during that period of time as their male counterparts. There is a clear generational difference, as well. The young male physicians graduating are not interested in working the same way that many of us around the room who are physicians did when we first started.

That, unhappily, is reflected in what happened this year in the match for medical graduates coming out of Canadian medical schools. In the surgical disciplines, in particular, we did not fill the slots. The message is clear. They are not prepared to work that hard. Dr. Barrett mentioned the 53 hours of work per week; the average workweek for an orthopaedic surgeon is 64 hours per week. For a thoracic surgeon it is 76 hours. In addition, there is call time. You begin to think about what that means in terms of what time you have left over for anything else.

We recognized that we needed a new paradigm, a new way of looking at it and a partnership modelling with others. This was the basis of the formation of the second task force. Task Force II initially focussed on models of care and models of delivery. As we consulted with HRDC, we consulted more effectively with the deputies and the federal government than we had before. The federal government has been very helpful. We consulted with nursing, pharmacies, and lay representatives such as Louise Simard, a former health minister and now involved in regional care in Saskatchewan. We worked with Ray Hnatyshyn, former Governor General and a Member of Parliament.

With that kind of input, we could broaden the impact. We are now interested in working in a collaborative partnership with other health sectors as we look at what the needs are going to be, projecting into the future, so that each of us can draw down into the area with which we are particularly concerned. We want to work in an open and transparent way with others so that we develop the models and the teams that we will need.

We could talk about relative roles. We could talk about ours; and others could talk about theirs. We need to talk together.

Groupe de travail II, qui ne regroupe pas seulement les gens de la profession, se penche sur la question. Je sais que les sous-ministres et que le Dr Ward vont chercher à régler certaines d'entre elles. Nous sommes dans la bonne voie.

Enfin, il nous faut pouvoir régler la question de la discrimination et de la répartition des médecins. Sur les questions de qualité de vie qu'a évoquées le Dr Barrett et en fonction des ratios que j'ai mentionnés, le problème ne tient pas tant au nombre des médecins, mais à la situation actuelle. Le corpus de connaissances double tous les 12 mois ou 18 mois.

Il n'y a pas seulement la question de la disparité entre les sexes au sein de la profession — quelque 50 p. 100 des nouveaux diplômés étant des femmes. La plupart des femmes médecins s'acquittent d'une plus lourde charge de famille et ne voient pas autant de malades que leurs homologues masculins pendant la période correspondante. Il y a aussi de nettes différences de génération. Les jeunes médecins hommes récemment diplômés ne veulent pas travailler comme nombre d'entre nous dans cette salle l'avons fait lorsque nous sommes entrés dans la carrière.

Malheureusement, cela s'est vu cette année en ce qui a trait aux spécialités choisies par les diplômés des écoles de médecine canadiennes. C'est ainsi que dans les disciplines chirurgicales, nous n'avons pas pu pourvoir tous les postes. Le message est clair. Les diplômés ne sont pas disposés à travailler autant. Le Dr Barrett a fait état d'une moyenne générale de 53 heures par semaine; un chirurgien orthopédique travaille en moyenne 64 heures par semaine. Pour un chirurgien spécialisé dans les opérations thoraciques, c'est 76 heures. De plus, on peut être appelé constamment. On en arrive à se demander s'il reste du temps pour faire autre chose.

Nous nous sommes rendu compte que nous avons besoin d'une nouvelle formule, d'un nouveau modèle de collaboration avec les autres. C'est ce qui a motivé la formation du deuxième groupe de travail. Le Groupe de travail II s'est penché au départ sur des modèles de soins et de fourniture des services. Nous avons consulté DRHC et collaboré plus étroitement que jamais avec les sous-ministres et le gouvernement fédéral. Ce dernier s'est montré particulièrement obligeant. Nous avons consulté les sciences infirmières, les départements de pharmacie et des représentants non professionnels tels que Louise Simard, ancienne ministre de la Santé qui oeuvre aujourd'hui au sein de services de soins régionaux en Saskatchewan. Nous avons collaboré avec Ray Hnatyshyn, ancien gouverneur général et député.

Grâce à ce genre de participation, nous pourrions élargir notre action. Nous cherchons désormais à instaurer une collaboration et un partenariat avec d'autres secteurs de la santé pour examiner quels vont être les besoins en prévision de l'avenir afin que chacun d'entre nous tire les enseignements du secteur qui l'intéresse plus particulièrement. Nous voulons collaborer ouvertement et en toute franchise avec les autres intervenants de manière à pouvoir élaborer des modèles et mettre sur pied les équipes dont nous avons besoin.

Nous pourrions parler des rôles relatifs. Nous pourrions parler du nôtre et les autres intervenants du leur. Nous avons besoin de nous parler.

How would these costs be paid? What are the best ways of delivering care? There is no particularly "best way" of paying for some things, but a blend is what we, as a profession would support.

There was a significant reduction in the funding of the medical education enterprise — undergraduate and post-graduate — as a consequence of the decisions taken in the 1990s when the deficit was being addressed. There needs to be infusion of money back into the system. Dr. Barrett made reference to the fact that there was significant participation by the federal government in the late 1960s, as new medical schools were opened and others were expanded. We are talking about expanding the existing schools; as you know, there is some discussion of another school in Ontario. However, that discussion is very much in the early stage.

If we are to have the teachers to do the work and the resources, both capital and physical, that we need, there needs to be some infusion. We think that the federal government can play a significant role in partnership with the provinces and the territories.

We need to examine the range of existing models and speculate about where we might go with new models. What are the long-term implications of this as far as physicians are concerned, because that is our area of expertise and particular interest? We must work with others and recognize that that may be modified, depending on how care is delivered, who delivers it where and under what circumstances and how we do referral, as technology improves and changes.

We also need to know what the options might be on the long-term basis of where we are going. We have proposed three phases. The first is to examine what we have and where we think that will take us. The second is to look at the different factors that affect physician supply. We have mentioned many of those between us as we come along: the environment, the working place, the resources, the technology, the information and so on. How will those factors affect us? For example, what will genomics do? The third is to develop strategies to promote a constructive, positive physician workforce, as we work with others to craft a future — the kinds of strategies that we can develop together.

The profession does not pretend for a moment that it can or should do it alone. This is not a patriarchal system; this is a partnership where we can have the input of our professional expertise, as well as input of the public's and the government's needs as well as input from other health professions.

There are no quick answers or quick fixes. Your committee has set an ambitious time frame for its work. We believe that this will take two or three years, but we can have a great deal of information within one year regarding the direction that we should take and how we can do that constructively together.

Comment va-t-on défrayer ces coûts? Quelles sont les meilleures façons de dispenser les soins de santé? La «meilleure façon» de payer toutes ces choses n'existe pas vraiment, mais l'on pourrait instaurer un ensemble de solutions que notre profession serait prête à appuyer.

Il y a eu une réduction significative des crédits dispensés aux institutions d'étude de médecine — avant et après le doctorat — à la suite des décisions prises au cours des années 90 pour résorber le déficit. Il convient d'injecter à nouveau de l'argent dans le système. Le Dr Barrett vous a rappelé que le gouvernement fédéral s'était nettement impliqué à la fin des années 60, ouvrant de nouvelles écoles de médecine et en agrandissant d'autres. Nous parlons de l'expansion des écoles existantes; comme vous le savez, on envisage de construire une autre école en Ontario. Toutefois, rien n'est encore décidé.

Si nous voulons pouvoir disposer des enseignants pour faire le travail ainsi que des ressources, qu'il s'agisse des finances ou de l'équipement, dont nous avons besoin, il faut que l'on injecte des crédits. Nous estimons que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle significatif en association avec les provinces et les territoires.

Nous avons besoin d'examiner tout l'éventail des modèles existants et de nous demander ce que peuvent nous apporter les nouveaux modèles. Quelles en sont les implications à long terme pour les médecins puisque c'est là notre domaine de compétence et ce qui nous intéresse tout particulièrement? Nous devons collaborer et savoir que ces modèles peuvent être modifiés selon la façon dont les soins sont dispensés, qui les dispense, à quel endroit et dans quelles circonstances, ainsi que la façon dont on dirige les malades vers d'autres spécialistes à mesure que la technologie évolue et s'améliore.

Nous avons aussi besoin de savoir quelles sont nos options à long terme. Nous avons proposé trois étapes. La première revient à examiner ce dont nous disposons et où ça devrait nous mener. La deuxième concerne les différents facteurs qui influent sur l'arrivée de médecins. Nous en avons mentionné entre nous un grand nombre à mesure que nous progressions: l'environnement, le lieu de travail, les ressources, la technologie, l'information, et cetera. Comment ces facteurs vont-ils se répercuter sur nous? Que va entraîner, par exemple, la génomique? La troisième étape consistera à élaborer des stratégies visant à nous doter d'un personnel de médecins faisant preuve d'un esprit positif et constructif à mesure que nous collaborerons avec d'autres intervenants pour aménager l'avenir — les différentes stratégies que nous pourrions élaborer ensemble.

Les membres de notre profession ne prétendent absolument pas que nous pouvons ou que nous devons le faire seuls. Ce n'est pas un système patriarcal; c'est un partenariat qui a besoin de nos compétences professionnelles ainsi que de la participation du public, du gouvernement et des autres professions de la santé.

Il n'y a pas de réponse automatique ni de solutions miracles. Votre comité s'est fixé un échéancier ambitieux pour accomplir sa tâche. Nous estimons que cela prendra deux ou trois ans, mais que nous devrions avoir recueilli beaucoup d'enseignements en un an concernant au sujet des orientations à prendre et des façons dont nous pouvons collaborer.

I emphasize a point that Dr. Barrett made, about which we have been gratified over the last few years. During the latter 1980s or 1990s, it was rare for leading physicians, nurses or other health care providers to be involved in discussions on policy in health care. That changed about one and one-half years ago. We are pleased about that, because the best way to plan for the future is to involve the people who are actively working in the field. We welcome discussions such as this, and we welcome the opportunity.

At the end of the day, good communication and strong alliances and partnerships will be the keys to our success. Thank you.

Dr. Thomas Ward, Chair, Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Health Human Resources; Deputy Minister, Department of Health, Nova Scotia: Honourable senators, I am the Chairman of the Advisory Committee on Health Human Resources. I am unique as a Deputy Minister in that I have been a practising physician and health care administrator. I have also been in the hallowed halls of government for one and one-half years, which is pretty much the life expectancy for most Deputy Ministers of Health at this time. This may be my last visit.

Last year, I took over the ACHHR because I thought that one of the major challenges facing our system was in health human resources. We look out and see an aging workforce and increasing demands, but we do not see a plan in place to supply that workforce at the end of the day. It really will not matter how much money we have if we do not have the professionals at the bedsides or in the community clinics to care for people.

As Dr. Barrett and Dr. Scully have pointed out, there are issues related to physician recruitment training, retention and renewal in that workforce. Over the course of the day I am sure you will hear that the same is true for all members of the health care team. We are heading into a desperate time.

At the level of ACCHR, I have stepped back somewhat, and with the help of the committee and others, we have identified three strategic themes or thoughts that need to be dealt with now. The first is to have a discussion about an overarching approach to dealing with the health human resource problem in this country. Throughout jurisdictions, a number of studies are underway, either at provincial or national levels, including a physician component that is currently being done. In my own jurisdiction we have a group doing a home care sectoral study around home care workers. There is really no strategy or approach to these; somehow, we weave all of these pieces together into a comprehensive approach to the issue.

Je tiens à rappeler une nouvelle réalité qu'a évoquée le Dr Barrett et qui nous réjouit depuis quelques années. Au cours des années 80 et 90, il était rare que des responsables représentant les médecins, les infirmières ou d'autres professions de la santé participent aux discussions menant à l'élaboration de politiques en matière de santé. Cette situation a changé il y a environ un an et demi. Nous nous en réjouissons, parce que la meilleure façon de planifier l'avenir, c'est de faire participer les gens qui travaillent activement dans le domaine. Nous accueillons à bras ouverts ce genre de discussion et nous sommes heureux d'y participer.

Au bout du compte, c'est grâce à de bonnes communications, à de solides alliances et à l'instauration de partenariats que nous réussissons. Je vous remercie.

Le Dr Thomas Ward, président, Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur les ressources humaines en santé; sous-ministre du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse: Honorables sénateurs, je suis le président du Comité consultatif sur les ressources humaines en santé. Je suis un sous-ministre bien particulier étant donné que j'ai pratiqué la médecine et que j'ai été administrateur des soins de santé. Voici par ailleurs un an et demi que je fréquente les allées du pouvoir, ce qui correspond plus ou moins à l'espérance de vie de la plupart des sous-ministres de la santé à notre époque. Il se pourrait bien que ce soit ma dernière visite.

L'année dernière, j'ai pris la tête du CCRHS parce que j'ai estimé que l'un des principaux défis que devait relever notre système était celui des ressources humaines dans le domaine de la santé. De tous côtés, nous voyons une main-d'oeuvre qui vieillit et une demande qui s'accroît sans qu'il y ait de plan de recrutement de la main-d'oeuvre dont on a besoin. L'argent dont nous pourrions disposer éventuellement ne servira à rien si nous n'avons pas des professionnels pour s'occuper des malades dans les lits d'hôpitaux ou dans les cliniques communautaires.

Comme l'ont fait remarquer le Dr Barrett et le Dr Scully, des problèmes se posent en matière de recrutement, de formation, de maintien et de remplacement des médecins au sein de nos effectifs. Tout au long de la journée, je suis sûr que l'on va vous dire qu'il en est de même pour tous les membres des professions de la santé. La situation va devenir catastrophique.

Au niveau du CCRHS j'ai pris en quelque sorte du recul et, avec l'aide du comité et d'autres intervenants, nous avons répertorié trois types de stratégies ou trois thèmes de réflexion qu'il nous faut aborder dès maintenant. Tout d'abord, il nous faut discuter du problème fondamental des ressources humaines en matière de santé dans notre pays. Dans toutes les juridictions, un certain nombre d'études sont en cours, que ce soit au niveau provincial ou national, notamment une qui est faite par les médecins. Nous avons dans ma province un groupe qui procède à une étude sectorielle sur le personnel dispensant des soins à domicile. Il n'y a pas vraiment de stratégie ni de formule précise dans ce cas; nous nous contentons en quelque sorte de remettre tous les éléments en place afin d'aborder la question de manière globale.

The second theme, as Dr. Scully has pointed out, is issues around models of care — different ways of delivering care and services. There are numerous publicly funded health care systems in the world that we should look at carefully to see how care or service is delivered in the various venues. Quite frankly, we should take the best from them if we think that they will work here, or we should at least pilot them in our system.

We need to have broader conversation with Canadians about other options for care. Certainly, if we look at both the report from the Claire Commission and the report from Ken Fyke in Saskatchewan, we see that they both promote new approaches to the provision of care at the community level.

The last theme is really to try to understand the impact of knowledge and technology on the population, particularly if it is well applied. The recent CIHI study was completed and spoke of the variability of care across Canada. In my own jurisdiction we have a cardiac care program called "ICONS," in which people are celebrating the success of getting up to 75 per cent of appropriate treatment for individuals with acute myocardial infarction.

For me, the challenge is about what happens to the other one-quarter of the population that are inappropriately treated. Is that the percentage of people who will end up with poor cardiac function, repeated episodes of cardiac failure and repeated hospitalizations? What will be the impact of appropriately applying care and technology to the 100 per cent level? What will that mean for the workforce of the future?

ACHHR is a committee that provides policy advice to all levels of government on not only the health care system but, ultimately, the education system. We are certainly pleased with the support in terms of the resources being placed into CIHR, the Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Institute for Health Information. However, there needs to be more emphasis placed on the issue of health human resources — the research and the planning pieces. This is, from our viewpoint, an urgent problem.

We only need to realize that a student entering medical school this fall is probably about ten years away from practising. That is when the baby boomers will be retiring. The time frame of two or three years will pass very quickly, and I believe that we must act aggressively during this time period. We must continue the current dialogue. As both Dr. Scully and Dr. Barrett have pointed out, communication is absolutely the key to this. The view from ACCHR is that we will talk with anyone who can offer any help with this particular issue. Again, we welcome the opportunity to meet with you today and we would be pleased to answer any questions.

Le deuxième sujet d'étude, le Dr Scully en a parlé, est celui des modèles de soins de santé — les différents moyens de dispenser des soins et des services. Il existe dans le monde de nombreux systèmes de soins de santé financés par des fonds publics qu'il nous faudrait examiner de près pour voir comment sont dispensés les soins ou les services selon les pays. Disons-le carrément, il nous faudrait prendre ce qu'il y a de mieux dans ces différents systèmes si nous pensons pouvoir les adapter chez nous, ou il faudrait au moins que nous fassions des expériences pilotes les concernant.

Nous devons discuter plus largement avec les Canadiens des différentes options concernant les soins de santé. Lorsque nous considérons le rapport de la commission Claire comme celui de Ken Fyke en Saskatchewan, nous voyons bien qu'ils préconisent tous deux de nouvelles solutions lorsqu'il s'agit de dispenser des soins de santé au niveau communautaire.

Le dernier sujet de discussion consiste en fait à essayer de comprendre les répercussions du savoir et de la technologie sur la population, notamment s'ils sont bien appliqués. L'ICIS vient de terminer sa dernière étude, qui traite de la fluctuation des soins à l'échelle du Canada. Chez moi, nous avons un programme de soins cardiaques appelé «ICONS», dont nous célébrons le succès puisque nous sommes parvenus à 75 p. 100 de traitements bien adaptés à la condition des personnes souffrant d'un infarctus aigu du myocarde.

Pour moi, le défi consiste à répondre aux besoins du quart de cette population qui n'a pas bénéficié d'un traitement adapté. Est-ce que ces gens vont se retrouver avec un cœur qui fonctionne mal, subir des défaillances cardiaques répétées ou devoir être constamment réhospitalisés? Quelles seraient les conséquences d'une application à 100 p. 100 des techniques et des soins adaptés? Qu'est-ce que cela va signifier à l'avenir pour le personnel?

Le CCRHS est un comité qui conseille tous les paliers de gouvernement en matière de politiques, non seulement au sujet du réseau de soins de santé mais aussi, au bout du compte, du réseau d'enseignement. Nous nous félicitons, bien entendu, que des ressources aient été fournies à l'ICRS, à la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé et à l'Institut canadien d'information sur la santé. Il faut toutefois privilégier davantage la question des ressources humaines en matière de santé — soit les services de recherche et de planification. C'est, à notre avis, un problème urgent.

Il ne faut pas oublier qu'un étudiant qui va entrer cet automne dans une école de médecine ne pratiquera probablement pas avant dix ans. C'est à ce moment-là que la génération née après la guerre va prendre sa retraite. Un délai de deux ou trois ans s'écoule très rapidement et je pense qu'il nous faudra agir de manière très résolue durant cette période. Il nous faudra poursuivre le dialogue actuel. Comme l'ont indiqué le Dr Scully et le Dr Barrett, la communication est absolument essentielle en la matière. Le CCRHS est prêt à discuter avec tous ceux qui voudront bien lui apporter leur aide sur la question. Une fois de plus, nous avons particulièrement apprécié l'occasion qui nous a été offerte de venir vous parler aujourd'hui et nous sommes tout disposés à répondre à vos questions.

Senator LeBreton: My first question is directed to Dr. Barrett. When you talk about physicians having five-year plans to leave medicine, that is very revealing. One of the areas of concern is the entire issue of access to physicians, especially for the aging population. A week does not go by that we do not hear of someone's plight about a doctor retiring and how difficult it is to find a new physician. This is a serious issue. Has there been a plan worked out to address this problem? Where do we start? How do you deal with a situation like that?

Dr. Barrett: First and foremost, that is exactly what we do need. We need plan, we need a strategy as mentioned by Dr. Ward. We could start with a national strategy because it is a national problem. I realize a lot of health care is delivered provincially and territorially. First and foremost, we need a national plan.

This is an urgent problem. The numbers do not tell everything. As I have been around the country, I have seen situations where if one more person were to leave, the entire program would collapse because of the on-call and clinical loads. Those that would be left behind would have untenable loads, and they, too, would leave.

The problem is that is easy for them to leave. They can go everywhere. Everyone is looking for physicians. There is a big recruiting effort in the U.K. currently. The Americans are now recruiting off-shore.

Dr. Scully: I am representing Canada on the board of the World Medical Association. I am chairing the world working group on the mobility of physicians. You are not supposed to do that in your first meeting, but that is what has happened. There are 172 countries in that organization. The question of physician and nursing resources is critical to all countries. Canada traditionally would draw upon the U.K., South Africa, and some of the European countries for its medical graduates. That source has in large part stopped, not all together. Those countries are working earnestly to try to retain their own physicians and make it attractive for them to stay. The sources that we have had are not there. That is the short term.

We do need the national plan. The recommendations of the task forces about how we go about building up the undergraduate and post-graduate complement and focussing on attracting people to stay and return are critical. We need these actions because of the aging physician population and increasing number of retirements. That is an issue across the country. I am emphasizing what Dr. Barrett said.

Senator LeBreton: In your paper you spoke about the need for increased medical school enrolment. You said "2,000 by 2000" from 1577 currently. As Dr. Barrett said, we have a population armed with information and attitude.

Le sénateur LeBreton: Ma première question s'adresse au Dr Barrett. Lorsque vous nous dites qu'il y a des médecins qui font le projet, dans cinq ans, de quitter la médecine, c'est très révélateur. L'un des sujets de préoccupation sur toute cette question est celui de la possibilité d'accès aux médecins, notamment pour une population vieillissante. Il n'y a pas une semaine qui se passe sans que l'on entende quelqu'un se plaindre que son médecin a pris sa retraite et qu'il est difficile d'en trouver un autre. C'est un problème grave. Qu'a-t-on prévu pour y remédier? Par quoi commencer? Que faites-vous face à une telle situation?

Dr Barrett: Avant toute chose, c'est précisément de ça dont on a besoin. Nous avons besoin d'un plan, d'une stratégie comme l'a indiqué le Dr Ward. Nous pourrions commencer par une stratégie nationale parce qu'il s'agit d'un problème national. Je me rends compte que bien des soins de santé sont dispensés par les provinces ou les territoires. Avant toute chose, il nous faut un plan national.

Le problème est urgent. Les chiffres ne disent pas tout. En parcourant le pays, j'ai vu des situations dans lesquelles, si une personne venait à partir, tout le programme s'écroulerait en raison de la charge clinique et des gardes supplémentaires que cela imposerait. Ceux qui resteraient auraient une charge insurmontable et partiraient eux aussi.

Le problème, c'est qu'il leur est facile de partir. Ils peuvent aller où ils veulent. Tout le monde est à la recherche de médecins. Il y a un gros effort de recrutement à l'heure actuelle au Royaume-Uni. Les Américains recrutent désormais de l'autre côté de l'océan.

Dr Scully: Je représente le Canada au sein du conseil de l'Association médicale mondiale. Je préside le groupe de travail mondial sur la mobilité des médecins. On n'est pas censé faire ce genre de chose lors d'une première réunion, mais c'est ce qui s'est passé. Cette organisation regroupe 172 pays. La question des ressources en médecins et en infirmières est fondamentale pour chacun d'entre eux. Traditionnellement, le Canada allait chercher des diplômés en médecine au Royaume-Uni, en Afrique du Sud et dans certains pays européens. Cette source s'est en grande partie tarie, pas totalement. Ces pays font tout leur possible pour garder leurs médecins et leur donner des conditions de vie intéressantes. Les sources auxquelles nous puisions sont épuisées. C'est la situation à court terme.

Nous avons effectivement besoin d'un plan national. Les recommandations des groupes de travail concernant le renforcement des effectifs avant et après le doctorat et la nécessité d'inciter le personnel à rester et à rentrer au pays revêtent une importance cruciale. Ces mesures sont indispensables parce que nos médecins vieillissent et parce qu'ils sont de plus en plus nombreux à prendre leur retraite. C'est un problème dans tout le pays. Je ne fais que répéter ce qu'a déclaré le Dr Barrett.

Le sénateur LeBreton: Vous parlez dans votre étude de la nécessité d'augmenter les effectifs dans les écoles de médecine. Vous voulez que l'on passe «à 2 000 en l'an 2000», contre 1 577 à l'heure actuelle. Le Dr Barrett l'a dit, vous avez une population informée et sûre d'elle.

If we were to have more people enrolling in medical school, who would teach them? With the new technologies, are teachers able to teach them? Are teachers able to keep up with the new technologies? Are doctors going to go back and start teaching?

Dr. Scully: I would like to be able to tell you, and it is true enough, that Canadian physicians are at the forefront in terms of advances taking place. It is a good country in which to get cared for when you get there. The quality overall is very good.

One of the points that we brought out is that the physical resources and the people needed as teachers will need to be supported also. If we are to increase it, we need more teachers. That is true in medicine, nursing and in other areas.

We cannot merely say that we will increase enrolment by 20 per cent do it if there are no resources to do it. This is where we think that the federal government, which had a partnership role before, could play a role.

We were somewhat disappointed that this was not mentioned in the first ministers' press release. I understand the dynamics much more between the federal government and the provinces and territories.

Senator LeBreton: How do they stay abreast of the changes in technology? Who teaches the teachers?

Dr. Scully: There are many post-graduate programs. We have by way of re-certification, assured the public that we are staying on top of the curve, or at least not getting behind it. Programs are exist in continuing medical education and teaching teachers how to teach and making sure that they are up-to-date with what is happening scientifically.

Dr. Ward: As a follow up, when I look at the health human resource, for me there are three pieces. One of them is renewal. How do you keep the workforce educated? Given that medical technology is changing at the rate of probably less than a year for doubling of knowledge, it is incumbent on us to design a system that actively encourages and supports every health care professional to be continually updating and upgrading.

The second piece is designing a system that keeps people comfortable. We need a system that allows people to enjoy their jobs. The last piece is recruiting people.

In my jurisdiction of Dalhousie, two-thirds of our faculty, the department of medicine, will retire in the next 10 years. One hundred and sixty-eight of 240-odd-faculty members will also be retiring. There is nobody coming up. The challenge for us is not only maintaining a physician workforce; it is trying to maintain a medical school.

Si davantage de candidats s'inscrivaient dans les écoles de médecine, aurait-on des enseignants? Avec les nouvelles techniques, est-ce que les enseignants pourraient tous les accueillir? Les enseignants réussissent-ils à se tenir au courant des nouvelles techniques? Est-ce que les médecins vont revenir enseigner?

Dr Scully: J'aimerais pouvoir vous le dire et il est vrai que les médecins canadiens sont à la pointe du progrès. Il fait bon vivre dans notre pays quand on a besoin de soins. La qualité globale est excellente.

Nous avons cherché à démontrer par ailleurs qu'il faudra aussi s'occuper des ressources matérielles et du corps enseignant. Si l'on veut augmenter le nombre d'élèves, il nous faudra plus d'enseignants. C'est vrai pour la médecine, pour les sciences infirmières et dans tous les autres secteurs.

Nous ne pouvons pas nous contenter de dire que nous allons augmenter de 20 p. 100 les inscriptions si nous n'avons pas les ressources correspondantes. C'est pourquoi nous estimons que le gouvernement fédéral, qui a été notre partenaire par le passé, pourrait jouer un rôle.

Nous avons été quelque peu déçus de voir que le sujet n'a pas été évoqué dans le communiqué de presse des premiers ministres. Je comprends bien mieux la dynamique entre le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires.

Le sénateur LeBreton: Comment vous tenez-vous au courant de l'évolution des techniques? Qui enseigne aux enseignants?

Dr Scully: Il y a de nombreux programmes postdoctoraux. Par le biais de la réaccréditation, nous garantissons au public que nous sommes à la pointe de ce qui se fait ou, du moins, que nous ne restons pas à la traîne. Il y a des programmes de formation continus en médecine qui apprennent aux enseignants à enseigner et qui leur permettent de se tenir au courant de l'évolution scientifique.

Dr Ward: Dans la même veine, lorsque j'examine les ressources humaines en matière de santé, il y a pour moi trois composantes. La première est le renouvellement. Comment faire en sorte que la main-d'oeuvre continue à s'instruire? Étant donné que les connaissances sur les techniques médicales doublent probablement tous les ans, il nous appartient de concevoir un système qui incite et encourage effectivement tous les professionnels de la santé à se tenir au courant et à se recycler en permanence.

La deuxième composante consiste à concevoir un système dans lequel les gens se sentent bien. Nous avons besoin d'un système qui incite les gens à aimer leur travail. La troisième composante est celle du recrutement.

Chez moi, à Dalhousie, les deux tiers du personnel enseignant du département de médecine vont prendre leur retraite au cours des 10 prochaines années. Cent soixante-huit des quelque 240 membres du corps enseignant vont se retrouver à la retraite. Personne ne se présente pour les remplacer. Le défi qu'il nous faut relever, ce n'est pas seulement de maintenir des effectifs de médecins, c'est d'essayer de conserver une école de médecine.

As Dr. Scully has pointed out, these are very expensive propositions. Our current training cost guesstimate is about \$50,000 to \$70,000 per student, on top of that is post-graduate work.

We are talking about a significant public investment and public policy. We have that issue. On the other hand, we have the agreement on internal trade in this country that sees our medical school in the Maritimes primarily as net exporters of professionals to the rest of Canada, simply because of wage differences. Governments are caught betwixt and between.

Is it a good investment of dollars to train someone if they are not willing to stay or if the job makes them unhappy?

Dr. Barrett: I am passionately Canadian. I believe that we have a tremendous advantage in this country. The UN regularly tells us that this is the best country in which to live. I have recently become a grandfather. I can tell you that when young people leave this country with their children, they are leaving the grandparents behind as well. There are tremendous ties there.

If we could get it right, we would have a tremendous advantage. This should not be a problem in this country.

Dr. Scully: One of the things that I did not bring out in my comments is that there has been more movement on the part of the medical schools and the establishment in the last 18 months than in the last 20 years. There has been some increased enrolment, at the undergraduate in particular, the post-graduate and the re-entry and the validation of international graduates. It has not advanced more than it could have, relative to the recommendations made, because the resources are not there — the physical space or the people. We do need to focus on this in terms of what we do.

I will give you an example of how compartmentalized funding can be aimed properly, but does not have the desired effect completely. The cardiac care network in the Province of Ontario, on the basis of evidence, led the government to increase the funding for cardiac services for the hospitals, but not for the people. We did not get to the target. We made advances. We did not get to the targets desired because we did not have the people; this underscores the point that Dr. Ward made. We need to have the people if we are to get there.

Senator LeBreton: You talked about pilot project space and experience in other countries, Dr. Ward. Could you give us one specific example of one pilot project that you might have been thinking about?

Dr. Ward: In New Zealand, in particular, they use a system of specially trained nurses at the community level called Plunket nurses who are running community clinics.

Ainsi que l'a signalé le Dr Scully, tout cela coûte très cher. Nous estimons que le coût de formation actuel se situe aux alentours de 50 000 à 70 000 \$ par étudiant auquel vient s'ajouter le travail postdoctoral.

Il s'agit ici d'un investissement public important, qu'il s'agisse des crédits ou des politiques. Le problème est là. D'un autre côté, nous avons un accord de commerce interne dans notre pays qui fait que notre école de médecine des Maritimes est avant tout une exportatrice nette de professionnels vers le reste du Canada, tout simplement en raison des disparités de salaires. Les gouvernements sont pris entre deux feux.

Est-ce que l'on investit bien notre argent si l'on forme quelqu'un qui ne veut pas rester ou qui n'est pas heureux dans son travail?

Dr Barrett: Je suis passionnément canadien. Je considère que nous avons un énorme avantage dans notre pays. Les Nations Unies nous répètent constamment que nous sommes le meilleur pays au monde. Je suis récemment devenu grand-père. Je peux vous dire que lorsque les jeunes abandonnent notre pays avec leurs enfants, ils laissent les grands-parents derrière. Il y a ici de nombreux liens.

Si nous réussissions à bien faire les choses, nous aurions un immense avantage. Il ne devrait pas y avoir de problème dans notre pays.

Dr Scully: L'une des choses que j'ai oublié de vous dire en faisant mon exposé, c'est que les écoles de médecine et les responsables ont plus bougé ces 18 derniers mois qu'au cours des 20 dernières années. On a augmenté dans une certaine mesure les inscriptions, au-dessous du niveau du doctorat plus particulièrement, mais on a aussi agi au niveau du postdoctorat, des réinscriptions et de la validation des diplômes étrangers. On n'a pas progressé autant qu'on aurait pu comparativement aux recommandations qui ont été faites, parce que l'on ne dispose tout simplement pas des ressources nécessaires — des locaux ou du personnel. Il nous faut chercher à voir ce que nous pouvons faire.

Je vais vous donner un exemple de crédits affectés comme il se doit à des secteurs bien déterminés, sans que cela ait tous les effets souhaitables. En s'appuyant sur des réalités concrètes, le réseau des soins cardiaques de la province de l'Ontario a amené son gouvernement à augmenter les crédits affectés aux services cardiaques des hôpitaux, mais pas en ce qui concerne le personnel. Nous n'avons pas atteint notre objectif. Nous avons fait des progrès mais nous n'avons pas pu atteindre les objectifs souhaités parce que nous n'avons pas le personnel; ce qui vient confirmer l'argument présenté tout à l'heure par le Dr Ward. Nous avons besoin de personnel si nous voulons pouvoir faire quelque chose.

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé de projets pilotes et de ce qui se fait dans d'autres pays, docteur Ward. Pouvez-vous nous donner un exemple précis de projet pilote auquel vous pourriez penser?

Dr Ward: En Nouvelle-Zélande, par exemple, on fait appel à un réseau d'infirmières spécialisées au niveau communautaire appelées infirmières Plunket, qui dirigent des cliniques communautaires.

The Chairman: What was that adjective?

Dr. Ward: Plunket.

The Chairman: Is that someone's name or an acronym?

Dr. Ward: They are called "Plunket nurses." That system has been reasonably successful in those jurisdictions. We certainly recognize that in other jurisdictions midwifery programs carry the bulk of obstetrics. There are other things at which we can look.

The urgency or the opportunity in this country is remarkable in the sense particularly of rural jurisdictions. In Nova Scotia, we have two islands in the southwest — Long Island and Bar Island — that have had neither physicians nor nurses for the past 18 months. We provide service with Emergency Medical Technicians, EMTs. Is that the optimum? No, it is not, but we are just trying to figure out a better way.

Senator LeBreton: If we do a videoconference with New Zealand, perhaps we can ask them about Plunket nurses.

The Chairman: One supplementary on the basis of your last comment. The perception some of us would have, it seems to me, is that you spoke about the silos. It is extremely difficult to convince various parts of the health care professions to agree to hand over additional responsibility to other parts of the health care professions. Even if one were to decide that it would be wonderful to adopt the New Zealand model, I can imagine how difficult that would be to implement in Canada. I have some knowledge of the negotiations that have taken place at the provincial level, and I can imagine how difficult it would be precisely because of the silo mentality of the various professions. Is that an unfair comment?

Dr. Ward: It is fair to say that it is of concern in certain areas. Certainly, we have been relatively successful in trying to move to an integrated health care system and break down the walls of the hospital. However, we have run into, on occasion, the professional silo issue. That can be overcome.

If we sit down and begin dialogue about different models of care and about how teams might work, and if we gain focus on how individuals can support each other, we will be successful. All of us know that. We have worked in intensive care situations in which we have been parts of teams, and those teams work well. The challenge for all of us is to figure out is: if we can work at the bedside in a critical situation, whether intensive care or coronary care, effectively as a smoothly functioning team, then how do we move that out to the community level? How do we make people comfortable in that?

The Chairman: Do you mean to move it down to the primary care level?

Le président: Quel était le qualificatif?

Dr Ward: Plunket.

Le président: C'est le nom d'une personne ou un sigle?

Dr Ward: On les appelle «infirmières Plunket». Ce système a eu pas mal de succès dans ce pays. Nous n'ignorons pas non plus que dans d'autres pays les sages-femmes font le plus gros du travail en obstétrique. Il y a d'autres choses que nous pouvons envisager.

Le caractère d'urgence ou les possibilités qui découlent de certaines situations dans notre pays sont remarquables, notamment dans les régions rurales. Nous avons deux îles au sud-ouest de la Nouvelle-Écosse — Long Island et Bar Island — qui n'ont pas de médecins ni d'infirmières depuis 18 mois. Nous dispensons des services par l'intermédiaire des techniciens médicaux d'urgence, les TMU. Est-ce la meilleure solution? Non, ce n'est pas le cas, mais nous n'avons pas trouvé mieux.

Le sénateur LeBreton: Si nous organisons une vidéoconférence avec la Nouvelle-Zélande, nous pourrions éventuellement poser des questions au sujet des infirmières Plunket.

Le président: Laissez-moi enchaîner sur votre dernier commentaire. Certains d'entre nous ont l'impression, du moins c'est mon cas, qu'il y a une mentalité de camp retranché. Il est extrêmement difficile de convaincre les différentes professions de la santé de s'entendre sur les transferts de responsabilité d'une profession à l'autre. Même si le modèle de la Nouvelle-Zélande s'avérait excellent et qu'on décidait de l'adopter, je peux imaginer à quel point il serait difficile de le mettre en oeuvre au Canada. J'ai un peu l'habitude des négociations qui ont lieu au niveau provincial, et j'imagine combien ce serait difficile étant donné la mentalité de camp retranché que l'on retrouve au sein des différentes professions. Est-ce que je me trompe?

Dr Ward: Vous avez raison de dire que c'est un sujet de préoccupation dans certains secteurs. Il est indéniable que nous avons eu quelque succès lorsque nous nous sommes efforcés d'intégrer le réseau des soins de santé et d'éliminer les cloisonnements au sein de l'hôpital. Toutefois, nous nous sommes heurtés, à l'occasion, à cette mentalité de camp retranché. Ça peut se surmonter.

Si nous nous réunissons et si nous instaurons le dialogue au sujet des différents modèles de soins et sur le travail en équipe, et si nous mettons l'accent sur l'entraide et sur ce que chacun peut apporter à l'autre, nous aurons du succès. Nous le savons tous. Nous avons travaillé dans des services de soins intensifs où l'on fait partie d'une équipe, et ces équipes fonctionnent bien. Le défi qu'il nous faut relever est le suivant: puisque nous réussissons à collaborer autour des lits d'hôpitaux dans des situations critiques, qu'il s'agisse des soins intensifs ou des soins coronaires, au sein d'équipes efficaces qui tournent bien, comment faire pour adapter ce modèle au niveau communautaire? Comment faire pour que les gens se sentent bien dans un tel système?

Le président: Est-ce que vous souhaitez adapter ce modèle aux soins primaires?

Dr. Ward: Yes. There was a survey last fall in which, when Canadians were asked if they would rather receive their care from a family physician or from a primary care team that included a family physician, their response was 4 to 1 in favour of the team. They would much rather have a team of health care providers.

Dr. Barrett: Clearly, there will be an expanded role for other health care providers. They are better educated than they were in the past and the CMA recognizes that. We have put together a paper on this, which will be presented for consultation with the nurses and others. It should be ready shortly. The College of Family Physicians of Canada put out a paper in October 2000, in which they talked about the family practice networks. The silo mentality is coming down. Frankly, physicians, nurses and other health care providers work very well together on the frontline, it is just taken their organizations a little while to get together. However, that is currently happening.

Dr. Scully: We are working diligently on the silos within the medical profession itself, as we work more effectively together. We ask what young physicians would like to do, and I always return to that. They want to work in teams and in partnership, rather than in solo practice, by and large. In that way they are able to plan a more constructive life for themselves and their families, and they can then benefit from the cross-fertilization that takes place among other disciplines.

We have five nurse practitioners in our service, and we would not have the physicians otherwise. It is a very effective team. We are increasingly moving into the community with home care programs for continued cardiac care for people. There is plenty of work for everyone, so there is enough room to move.

Senator Robertson: I might suggest to the committee members, and perhaps to our witnesses, that rather than go to New Zealand to look at the Plunket system, we might just look at New Brunswick's extramural hospital system. There you would find that perhaps it is an even better system than the Plunket system. There is much happening around us, and so often we overlook what is in our own backyard. We think that someone else has something better, and that is not always true. Anytime any of you want to come to New Brunswick, please call me, and I will be glad to take you around to show you the system.

The Chairman: Some of you may not know that Senator Robertson was the Minister of Health in New Brunswick for some time.

Senator Robertson: When the extramural system was introduced, we went to New Zealand. When we returned, we did some copying of their system. Dr. Keon has heard me on this before.

Dr Ward: Oui. Lors d'un sondage effectué en automne, on a demandé à la population canadienne si elle préférerait recevoir des soins de son médecin de famille ou d'une équipe de soins primaires comprenant un médecin de famille, et les réponses favorables au travail en équipe ont été quatre fois plus nombreuses. Notre population préférerait nettement que les soins soient dispensés par une équipe de professionnels de la santé.

Dr Barrett: De toute évidence, les autres professionnels de la santé auraient un rôle accru. Ils ont un meilleur niveau d'instruction que par le passé et l'AMC le reconnaît. Nous avons rassemblé les éléments d'une étude à ce sujet, qui sera présentée à des fins de consultation aux infirmières et à d'autres intervenants. Elle devrait être prête très bientôt. Le Collège des médecins de famille du Canada a rédigé une étude en octobre 2000, qui traite des réseaux de pratique familiale. La mentalité de camp retranché est en train de disparaître. Il faut bien avouer que les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé travaillent bien ensemble en première ligne et il suffit que leurs organisations s'habituent elles aussi. C'est en fait ce qui se produit actuellement.

Dr Scully: Nous nous attaquons résolument à la mentalité de camp retranché au sein même de la profession médicale, puisque nous travaillons plus efficacement ensemble. Je reviens toujours au fait que nous demandons aux jeunes médecins ce qu'ils veulent faire. Dans leur grande majorité, ils veulent travailler en équipe et avec des partenaires et non pas en solo. Ils veulent pouvoir planifier une vie plus normale pour eux-mêmes et pour leur famille et bénéficier de l'apport des autres disciplines.

Nous avons cinq infirmières praticiennes au sein de notre service et nous ne pourrions pas avoir les médecins correspondants. C'est une équipe très efficace. Nous nous dirigeons de plus en plus vers les soins communautaires avec des programmes de soins à domicile pour les cardiaques chroniques. Il y a plein de travail pour tout le monde, et il y a donc de quoi faire.

Le sénateur Robertson: Je propose aux membres du comité et éventuellement à nos témoins qu'au lieu d'aller en Nouvelle-Zélande voir comment fonctionne le système Plunket, il suffirait d'aller voir fonctionner au Nouveau-Brunswick le régime hospitalier décentralisé. Vous pourriez peut-être constater que ce système est encore meilleur que le système Plunket. Il y a beaucoup de choses qui se passent autour de nous et bien souvent nous oublions de regarder devant notre porte. Nous pensons qu'ailleurs on fait bien mieux, et ce n'est pas toujours vrai. Si vous décidez de venir au Nouveau-Brunswick, ne manquez pas de m'appeler, je me ferai un plaisir de vous faire connaître ce système.

Le président: Il y a peut-être des gens parmi vous qui ne savent pas que le sénateur Robertson a été ministre de la Santé du Nouveau-Brunswick pendant un certain temps.

Le sénateur Robertson: Lorsque le système décentralisé a été mis en place, nous sommes allés en Nouvelle-Zélande. À notre retour, nous avons quelque peu copié son système. Le Dr Keon m'a déjà entendu évoquer ce sujet.

Dr. Scully, you talked about 2,000 medical students by the year 2000 or so. Is there an ideal doctor-to-population ratio in the minds of your committee members?

Dr. Scully: First I will make an editorial comment. I had a good opportunity to look at the New Brunswick model and I agree with you that it works well for New Brunswick. However, one size does not fit all areas of the country; we need to be flexible. We can learn from other jurisdictions and what they have done, but we do not have a specific ratio.

Barer and Stoddart recommended in their report in 1991 — which contained many good recommendations that were not followed up — that Canada should try to maintain a ratio of 1:9, which is at the low end. In the material that you have before you, you can see the developed country ratio of physicians to populations.

The problem with ratios is that they do not tell you what people do. The 1:9 was okay 10 years ago, but look at what has happened in the field of technology, and to knowledge, attitudes and expectations, and the population since that time. People are living better and longer, and they are living better as they live longer, but it still costs more money for that group; and that is more labour intensive for physicians, nurses, volunteers, social workers and so on in the community. We need to adjust what is happening with the ratio and the numbers according to what is happening with the knowledge and the population as we move forward. There is no particular fixed ratio; we are below 1:9. With the recruitment that is happening in the United Kingdom, Canada is at the lowest end of the scale of all of the developed countries. We certainly know that we do not have enough.

Senator Robertson: We are at the lower end of the scale.

Dr. Scully: We are at the bottom of the scale.

Senator Morin: There is a good quote on page 8 that shows very well where we are situated.

Senator Robertson: We will have an opportunity to look at this documentation later. Those are disturbing figures.

Dr. Ward, you mentioned the percentage of medical school students in our two Maritime medical schools. How many doctors are remaining of those students?

Dr. Ward: In the last couple of years, the retention rate for Dalhousie graduates, even if they left the province and returned after post-graduate training, was 39 per cent.

Senator Robertson: In the work that you gentlemen do, you talk about the delivery system, but are you also making recommendations about teaching Canadians healthy lifestyles? Do you recommend the preventive approach? With the cuts that so many of the provinces have experienced, nurses were actually being removed from the schools. Instead of a teacher calling a

Docteur Scully, vous avez parlé de quelque 2 000 étudiants en médecine en l'an 2000 environ. Est-ce que les membres de votre comité envisagent un certain ratio du nombre de médecins par rapport à la population?

Dr Scully: Laissez-moi tout d'abord faire un commentaire général. J'ai eu la possibilité d'étudier de près le modèle du Nouveau-Brunswick et je suis d'accord avec vous pour dire qu'il donne là-bas de bons résultats. Toutefois, tout le monde n'est pas logé à la même enseigne et nous devons savoir nous adapter. Nous pouvons tirer des enseignements de ce qui a été fait ailleurs, mais nous n'avons pas de ratio précis.

Dans leur rapport de 1991 — qui contenait nombre d'excellentes recommandations qui n'ont pas été suivies — Barer et Stoddart ont recommandé que le Canada s'efforce de maintenir un ratio de un pour neuf, ce qui correspond au bas de la fourchette. Dans la documentation que vous avez devant vous, vous pouvez voir quels sont les ratios du nombre de médecins par rapport à la population dans les différents pays développés.

L'inconvénient des ratios, c'est qu'ils ne vous disent pas ce que font les intéressés. Le rapport de un pour neuf était bon il y a 10 ans, mais voyez ce qui s'est passé depuis lors dans les domaines de la technologie, de la connaissance, des comportements et des attentes, et de la population. Les gens vivent mieux et plus longtemps, et vivent mieux aussi lorsqu'ils sont plus vieux, mais cette tranche d'âge coûte par ailleurs davantage d'argent et cela signifie plus de travail pour les médecins, les infirmières, les bénévoles, les travailleurs sociaux et autres intervenants au sein de la collectivité. Nous devons adapter les ratios et les chiffres en fonction de l'évolution des connaissances et de la population à l'avenir. Nous n'avons pas fixé précisément de ratio; nous sommes au-dessous de un pour neuf. À la suite du recrutement qui se fait au Royaume-Uni, le Canada est au bas de l'échelle de tous les pays développés. Il est certain que ce n'est pas suffisant.

Le sénateur Robertson: Nous sommes au bas de l'échelle.

Dr Scully: Nous sommes au bas de l'échelle.

Le sénateur Morin: Il y a une excellente citation au bas de la page 8 qui nous montre bien où nous nous situons.

Le sénateur Robertson: Nous aurons la possibilité de consulter cette documentation plus tard. Ce sont des chiffres inquiétants.

Docteur Ward, vous avez fait état du pourcentage de docteurs sortis de nos deux écoles de médecine des Maritimes. Combien reste-t-il de docteurs qui ont étudié dans ces écoles?

Dr Ward: Ces deux dernières années, l'université de Dalhousie a réussi à garder 39 p. 100 de ses diplômés, en comptant ceux qui ont quitté la province et qui sont revenus après leur formation postdoctorale.

Le sénateur Robertson: Messieurs, vous parlez dans votre étude du système de soins, mais est-ce que vous faites par ailleurs des recommandations en matière de prévention pour apprendre aux Canadiens à rester en santé? Du fait des compressions budgétaires qui ont été pratiquées dans nombre de provinces, les infirmières ont en fait été retirées des écoles. Au lieu que ce soit

mother and saying, "I think Johnny has the measles," mother would take Johnny to the out-patient clinic and tie up those services.

You have alluded to a strong body of thought that believes that hospitals of the future probably should deal with life-threatening circumstances or invasive circumstances. The rest, as much as possible, should be delivered in the workplace, the school or the home. Is that a general direction of which your profession is supportive?

Dr. Barrett: Yes, but you must understand that that has happened already. The intensity of illness of patients in hospital now is far greater than before the cuts in the mid-1990s. Much of health care was off-loaded to the community and to employers and spouses. That is not covered under the Canada Health Act.

Drugs were provided free under the Canada Health Act in hospital. The patient must now purchase them in the community. That is already happening. There has been that shift to the community. In some cases, however, the community certainly at the time, and to a certain extent still now, was not ready for that.

Senator Robertson: That is right. They were not ready for it. Merely because the patient is not being dealt with in the hotel/hospital is no reason for governments to withdraw their support for medications for prescriptions and other things. That is another area. The committee must review this entire area.

As long as we restrict certain benefits to the hospital, it would seem to me, many patients and doctors will be discouraged from placing the patient into the community, especially if that person is not able to afford the medication when they leave the hotel/hospital. The burden increases if they have to pay for nursing care and other things.

We are struggling along with an obsolete structure that must be rethought from top to bottom if we are to get the satisfaction for those of you who are working in that structure, whether it is at the medical level, the nursing level or the paramedical.

I appreciate what you say. Many people have left. If we were to walk through hospitals today, we would find many patients who do not need to be there. They are waiting for placement in a nursing home, or they are waiting for a service at home, or something else. I think that government — and you may disagree with me — has made regulations and rules so complex that it is difficult for staff, doctors, nurses, and discharged people to get through them.

Dr. Scully: You have identified a real concern that is out there. Dr. Barrett emphasized this.

As I look around to the other countries in terms of access, I am not sure that we need to rework the system from top to bottom. This system still provides better access to more people with fewer

un enseignant qui appelle la mère pour lui dire: «Je pense que votre fils a la rougeole», c'est la mère qui doit emmener son fils dans une clinique de soins externes, dont les services vont être encombrés.

Vous avez fait allusion aux thèses de plus en plus répandues selon lesquelles les hôpitaux de l'avenir devraient probablement se consacrer exclusivement aux cas graves ou qui mettent en danger une vie humaine. Les autres cas, dans la mesure du possible, devraient être traités sur le lieu de travail, à l'école ou au foyer. Est-ce l'orientation générale que vous préconisez dans votre profession?

Dr Barrett: Oui, mais il vous faut bien comprendre qu'on en est déjà là. La gravité des maladies soignées dans les hôpitaux à l'heure actuelle est bien plus grande qu'avant les compressions budgétaires du milieu des années 90. On s'est déchargé d'une bonne part des soins de santé sur la collectivité, les employeurs et les conjoints. Ce n'est plus couvert par la Loi canadienne sur la santé.

Les médicaments étaient fournis gratuitement dans les hôpitaux aux termes des dispositions de la Loi canadienne sur la santé. Aujourd'hui, le malade doit les acheter lui-même à l'extérieur. On en est déjà là. On s'est déjà déchargé sur le dos de la collectivité. Dans certains cas, toutefois, la collectivité, évidemment à l'époque et jusqu'à un certain point aujourd'hui encore, n'était pas prête à l'accepter.

Le sénateur Robertson: C'est exact. Elle n'était pas prête. Ce n'est pas parce que le malade n'est pas pris en charge dans un hôtel/hôpital que les gouvernements doivent cesser de subventionner les médicaments prescrits et autres prestations de ce type. C'est un autre problème. Le comité doit revoir toute la question.

Dans la mesure où on limite certaines prestations à l'hôpital, il m'apparaît que nombre de malades et de médecins hésiteront à faire appel à un placement communautaire, surtout si l'intéressé n'a pas les moyens de payer le médicament à sa sortie de l'hôtel/hôpital. La charge augmente s'il lui faut payer des soins infirmiers et autres.

Nous nous débattons dans une structure périmée qui doit être repensée de fond en comble si nous voulons donner satisfaction de ceux qui y travaillent, que ce soit les médecins, les infirmières ou le personnel paramédical.

Je vous comprends. Bien des gens sont partis. Si nous parcourions aujourd'hui un hôpital, nous verrions bien des malades qui n'ont rien à y faire. Ils attendent d'être placés dans une maison de repos, de bénéficier d'un service à domicile ou d'être pris en charge d'une façon ou d'une autre. Je pense que le gouvernement — et vous ne serez peut-être pas d'accord avec moi — a établi des règlements et des directives si complexes qu'il est difficile au personnel, aux médecins, aux infirmières et aux personnes libérées de l'hôpital de bien les respecter.

Dr Scully: Vous venez de mettre le doigt sur un véritable problème. Le Dr Barrett en a parlé.

Lorsque je considère les possibilités d'accès qui existent dans notre pays, je ne suis pas sûr qu'il nous faille revoir notre système de fond en comble. Notre système offre encore un meilleur accès

barriers than any of the systems that have I seen around the world. That said, we have some huge problems. There is no question, and that is what we are trying to address together. We can provide information; you can give leadership and direction. I think that we can work at it together.

The community base was not built up at the time that the hospital base was cut back. I would be interested to know how many people running hospitals think of them as hotels, but that is an interesting analogy. They do not have the amenities of hotels. But they got expert service when it can be put together.

The commitment to public education is strong. We have many committees that do work in those areas. What tends to happen is that focus on our acute problems is what gets the headlines. All of the medical organizations — the CMA, the Royal College, and the College of Family Physicians — have well-developed programs for public education. These programs, in partnerships with Health Canada and the provincial and territorial governments, create Web sites and information sources for patients and their families. The purpose is to better inform them so that they can do a better job of looking after themselves and, hopefully, stay out of those hotel/hospitals to which you referred.

Dr. Ward: When the hospital sector downsized, there was no funding put in place for the transition to the community and no investment in the community. In the absence of nursing homes, well-developed home care programs, hospital in the home programs, and the extramural hospital in many jurisdictions, there is no facility or service to which people might go when they are ready. At the end of the day, the patient's well-being comes first and foremost, therefore, they are kept in hospital.

Much more could be done in the area of public education and wellness. There needs to be significant investment particularly at the school level in terms of activity and lifestyle. The rate of obesity among young children in Canada has tripled in the last decade. That is astounding; it is absolutely staggering. We need to reverse that. We must somehow help individuals or communities to increase their capacity to care for themselves.

I see challenges for groups like the CIHR. There has been a wonderful investment in terms of building up the research arm and academic side, but it is all directed towards the biomedical basis of disease and diagnosis intervention. There should be matching investment in wellness and health promotion. There should be matching investment in dealing with the system and the health human resource problem before us. To me, that is important social research that needs to be funded. We need to get on with that.

à davantage de gens et avec moins d'obstacles que tout autre système que j'ai pu voir ailleurs. Cela dit, il reste d'énormes problèmes. C'est indéniable et c'est pourquoi nous nous efforçons de les régler ensemble. Nous pouvons fournir l'information et vous pouvez prendre les initiatives et donner les orientations. Je pense que nous pouvons y parvenir ensemble.

Les services communautaires n'existaient pas lorsqu'on a établi le réseau d'hôpitaux. J'aimerais bien savoir combien de gens qui dirigent des hôpitaux à l'heure actuelle les considèrent comme des hôtels, mais l'analogie est intéressante. Ils n'ont pas les mêmes commodités que les hôtels. Toutefois, ils ont des compétences spécialisées qui sont précieuses lorsqu'ils réussissent à bien les mettre en oeuvre.

L'engagement en faveur de la sensibilisation du public est fort. Nous avons de nombreux comités qui travaillent dans ces domaines. Ce sont toutefois les soins intensifs qui ont tendance à faire les manchettes. Toutes les organisations médicales — l'AMC, le Collège royal et le Collège des médecins de famille — ont des programmes de sensibilisation du public bien développés. Ces programmes, en association avec Santé Canada et avec les gouvernements des provinces et des territoires, se sont dotés de sites Internet et de sources d'information mis à la disposition des malades et de leurs familles. Il s'agit de mieux les informer pour qu'ils puissent prendre mieux soin d'eux et, il faut l'espérer, éviter d'avoir à entrer dans les hôtels/hôpitaux dont vous parlez.

Dr Ward: Lors des compressions budgétaires dans le secteur hospitalier, aucun crédit n'a été versé et aucun investissement n'a été fait au sein de la collectivité pendant la période transitoire. En l'absence, dans de nombreuses provinces, d'établissements de soins infirmiers, de programmes de soins à domicile bien développés, de programmes de soins hospitaliers à domicile et d'hôpitaux décentralisés, aucun service et aucune installation ne permet d'accueillir les gens lorsqu'ils sont prêts. En dernière analyse, c'est le bien-être du malade qui passe en priorité et, par conséquent, on les garde à l'hôpital.

On pourrait faire bien davantage pour sensibiliser le public et le garder en santé. Un investissement non négligeable doit être fait, notamment dans les écoles, pour favoriser certaines activités et certains modes de vie. Le nombre d'enfants obèses au Canada a triplé au cours des dix dernières années. C'est énorme, c'est absolument renversant. Nous devons inverser la tendance. Il nous faut, d'une manière ou d'une autre, aider les individus et les collectivités à mieux prendre soin d'eux.

J'entrevois des difficultés pour des groupes comme l'ICRS. On a fait un magnifique travail en faveur de la recherche et des établissements universitaires, mais tout porte sur les sciences biomédicales pour lutter contre les maladies et sur les interventions à l'aide de diagnostics. Il faudrait investir tout autant dans le bien-être de la population et la promotion de la santé. Il faudrait le même investissement pour s'attaquer au problème que pose notre système ainsi que les ressources humaines du secteur de la santé. C'est une recherche en sciences sociales qu'il me paraît important de financer. Nous devons nous en occuper.

The Chairman: Senator Callbeck is another former provincial Minister of Health and former Premier of Prince Edward Island.

Senator Callbeck: Dr. Ward, you mentioned three themes with which we must deal. One is issues around models of care. In answer to Senator LeBreton, you mentioned New Zealand as an example. Do you have any other examples? You said we should be looking at other countries. Could you be specific there?

Dr. Ward: As was pointed out, it is not only an issue of dealing with jurisdictions outside of Canada, it is really looking at pilot projects and specific opportunities in Canada.

It is interesting to most people that we immediately look at other jurisdictions without stopping to think about what is happening in this country. If we had a Web site on which people were putting on their best practices or their ideas, I think that we would astound ourselves at the innovation that is occurring in this country.

We have community health care centres in Nova Scotia that have unique programs fitted to their communities. They are providing care and are linked to other hospitals that have complements of physicians who come in and visit. They have special programs. They can convert long-term beds to observation beds to support people.

There are many things that are being done in this country, and we do not celebrate these things. We need to look at that.

One of the advantages of looking at other jurisdictions in a frank and honest way is that it would begin a national dialogue about what is good in our system, what is really effective, and what are obstacles in terms of care or what things we might do better.

It would present some options. It is much easier to have a discussion if someone says, "have you thought about doing it this way?", than simply "can you think of a better way?"

Dr. Scully: I would comment that that is phase I project for the expanded Task Force II. We will look at the experience and excellent models across the country, so that there is a range of options or a menu of things that could be chosen to fit different circumstances. We could learn from best practices and move forward from there.

Senator Callbeck: Could you comment on the telehealth applications? Do you think we should be more aggressive in this area? Where do you see this system ten years from now?

Dr. Barrett: That whole area of information technology and telehealth can enhance the health care system immensely. We have pilot projects in Saskatchewan that are run out of the University Hospital. Northern Saskatchewan saves enormous

Le président: Le sénateur Callbeck est elle aussi une ancienne ministre provinciale de la Santé et ex-première ministre de l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Callbeck: Docteur Ward, vous avez évoqué trois sujets qu'il nous fallait aborder. Il y a tout d'abord la question des modèles de soins. En répondant à une question posée par le sénateur LeBreton, vous avez cité la Nouvelle-Zélande en exemple. Pouvez-vous nous donner d'autres exemples? Vous nous avez dit qu'il nous fallait regarder vers d'autres pays. Pourriez-vous être plus précis?

Dr Ward: Comme nous l'avons signalé, il ne s'agit pas simplement d'examiner ce qui se fait dans d'autres pays que le Canada, mais en fait d'envisager des projets pilotes et des adaptations propres au Canada.

Il est souvent très intéressant de constater que nous nous tournons immédiatement vers d'autres pays sans chercher à savoir ce qui se passe chez nous. Si nous avions un site Internet permettant à chacun de nous faire part de ses conceptions ou de ses expériences, je crois que nous serions très étonnés de voir à quel point notre pays sait faire preuve d'innovation.

Nous avons en Nouvelle-Écosse des centres de santé communautaires dont les programmes sont adaptés spécialement à leur collectivité. Ils dispensent des soins et sont rattachés à d'autres hôpitaux qui comptent parmi leurs effectifs des médecins qui vont les visiter. Ils ont des programmes spéciaux. Ils peuvent transformer des lits pour malades chroniques en lits d'observation au service de la population.

Il y a bien des choses qui se font dans notre pays et que l'on oublie d'applaudir. Nous devons nous en occuper.

Le fait de regarder honnêtement et en toute franchise ce qui se fait dans d'autres pays nous permet entre autres d'instaurer un dialogue national sur ce qui va bien dans notre système, sur ce qui est vraiment efficace, et sur ce qui fait obstacle à la santé et que nous pourrions améliorer.

Certains choix s'offriraient à nous. Il serait bien plus facile de discuter de ce problème si quelqu'un nous demandait: «Avez-vous pensé à faire certaines choses de telle manière?» plutôt que de nous dire simplement «Pouvez-vous imaginer un meilleur moyen?»

Dr Scully: Je dirai qu'il s'agit là du projet de la phase I repris à plus grande échelle par le Groupe de travail II. Nous nous pencherons sur les différentes expériences et sur les excellents modèles qui existent dans notre pays afin de pouvoir disposer d'un éventail d'options ou d'un menu que nous pourrions adapter aux différentes circonstances. Nous pourrions tirer les enseignements des meilleurs modèles et progresser à partir de là.

Le sénateur Callbeck: Que pensez-vous des applications de la télémédecine? Pensez-vous qu'il nous faille faire preuve de plus d'initiative dans ce domaine? Où en sera selon vous ce système dans dix ans?

Dr Barrett: Tout ce qui entoure les technologies de l'information et la télémédecine peut profiter énormément au système de soins de santé. Nous avons des projets pilotes en Saskatchewan qui sont administrés par l'Hôpital universitaire. On

amounts of money because that system reduces the number of people who are required to travel to see a physician. In Canada, where distances are so great, there are tremendous opportunities for such a system. There is also a telehealth program at the University of Calgary, one at Sick Children's Hospital in Toronto and there is one in Nova Scotia. There are many programs out there and they are in the evaluation stage.

Canada has not, as a country, invested much in health-related technology and in connectivity. We had requested that prior to the first ministers meeting, and we were pleased to see that there was a modest investment there. If you look at what the industry spends in general, it is around the 6 per cent or 7 per cent range. With the total health bill of \$95 million, we are considerably short of that. I have said repeatedly that we need innovation and ideas as well as money. However, many of those ideas will require up-front investment and we must consider that.

Dr. Ward: In many jurisdictions telehealth is the way of the future, particularly with web-based technology. We use it to support the emergency room physicians. We have also found it to be absolutely invaluable in using the services of our two dermatologists in the province, by having the images of individuals with skin lesions transmitted to Halifax. The doctors can see 60 patients per day without travelling across the province; and the patients do not have to travel to see the doctors. It has proven invaluable in supporting the children's hospital in their delivery of psychiatric services throughout the Maritimes. Providing such conferences for health care teams and families has been invaluable.

Certainly, in the United States, telehealth, or the management of kids with asthma using computer systems in schools, has shown a remarkable decrease in hospitalization and improvement in wellness.

We must understand that our society is becoming much more visually oriented in terms of knowing and knowledge. In the Maritimes we have a significant problem with literacy, particularly in the adult population. Most people leave school at a young age to work on the fishing boats or in the mines. That population can be maintained at home through the opportunity for some sort of interactive link through television sets. The technology is there such that someone at the other end — a face — can answer a question, and it does not require someone to sit down and read through some technical document. It will be absolutely invaluable. It is a significant tool for the provision of service in the future.

Senator Callbeck: This would be one of the priority areas in the health care through investment.

Dr. Ward: In our own jurisdiction, we are moving to a province-wide information system. We have an advantage in that we have our own fibre-optic system that serves the entire province. It is not owned solely by government, so it is not a

économise beaucoup d'argent dans le nord de la Saskatchewan étant donné que grâce à ce système il y a moins de gens qui doivent se déplacer pour aller voir un médecin. Au Canada, où les distances sont si grandes, un tel système offre d'immenses possibilités. Il y a aussi un programme de télé-médecine à l'Université de Calgary, à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto ainsi qu'en Nouvelle-Écosse. Il existe partout de nombreux programmes qui en sont au stade de l'évaluation.

En tant que pays, le Canada n'a pas beaucoup investi dans les techniques de santé et dans la connectivité. Nous l'avons demandé avant la rencontre des premiers ministres et nous avons été heureux d'apprendre que l'on avait fait quelques investissements dans ce secteur. Par rapport à ce qu'on dépense de manière générale dans le secteur, ça se situe autour de six ou de sept pour cent. La facture de la santé se montant au total à 95 milliards de dollars, nous en sommes bien loin. J'ai dit à maintes reprises que nous avons besoin d'innovation et d'idées tout autant que d'argent. Il n'en reste pas moins que nombre de ces idées nécessiteront un investissement au départ et il nous faudra en tenir compte.

Dr Ward: Dans bien des régions, la télé-médecine est la clé de l'avenir, notamment avec les techniques axées sur l'Internet. Nous y avons recours pour aider nos médecins des salles d'urgence. Nous avons constaté par ailleurs qu'elles étaient d'un grand prix pour utiliser les services des deux dermatologues de notre province, les images des lésions de la peau étant transmises à Halifax. Les médecins peuvent voir 60 malades par jour sans avoir à se déplacer dans la province et les malades n'ont pas non plus à se déplacer pour aller voir leur médecin. Elle a été d'une aide précieuse pour aider l'hôpital des enfants à dispenser des services psychiatriques dans toute la région des Maritimes. La possibilité de faire des conférences à l'intention des familles et des équipes de santé a été d'un grand prix.

Il est indéniable qu'aux États-Unis, les services de télé-médecine, soit la prise en charge des enfants asthmatiques à l'aide des ordinateurs installés à l'école, a permis de faire nettement baisser les taux d'hospitalisation et d'améliorer la santé des enfants.

Il nous faut bien comprendre qu'en termes de savoir et de connaissances, notre société est devenue de plus en plus visuelle. Dans les Maritimes, nous avons un gros problème d'analphabétisme, notamment dans la population adulte. La plupart des gens quittent l'école très jeunes pour travailler sur les bateaux de pêche ou dans les mines. On peut veiller à la santé de cette population grâce à un réseau interactif de télévision. On dispose des techniques nécessaires pour que quelqu'un à l'autre bout — un simple visage — puisse répondre à une question, et il n'est pas nécessaire que l'on ait à s'asseoir et à lire un document technique. Ce sera une aide précieuse. C'est un outil important pour les services qui seront dispensés à l'avenir.

Le sénateur Callbeck: Ce sera l'un des secteurs prioritaires lorsqu'on fera des investissements en matière de santé.

Dr Ward: Chez nous, nous mettons en place un système d'information à l'échelle de la province. Nous avons l'avantage de disposer de notre propre réseau de fibres optiques qui dessert la totalité de la province. Le gouvernement n'en est pas le seul

public network. We view that as being the backbone to our health care system in the future.

Senator Callbeck: On the subject of doctors from foreign countries, you mentioned, Dr. Barrett, that 24 per cent of doctors practising in Canada are international medical graduates. I believe that you said Canada issues 400 temporary licences to foreign-trained physicians. Do we aggressively go to those countries to recruit those people, or is it just that they are anxious to come to Canada and so they apply?

Dr. Barrett: Both. However, jurisdictions in Canada have aggressively recruited those individuals. I do not know where we would be without them, frankly. One could argue this on an ethical basis as this becomes a worldwide problem: Is this the direction we should be taking — robbing one country and then it robs another and so on down the chain, as it were? Ultimately, that is not the way we can deal with the problem. Dr. Scully may want to speak to this. It was an issue at a recent World Medical Association meeting.

Dr. Scully: One of the issues that arises is that of the ethics of poaching someone else's resource. Never mind what it costs in our tax dollars to educate our professionals — physicians, nurses or others, and what that represents, by way of loss in trade that occurs as people move south. Dr. Ward made reference to the costs of educating a medical student at Dalhousie, and those costs vary across the country, but it is an expensive venture.

Canada's "melting pot" has added to the richness of this country. That is true in many areas. We hope that we would continue to draw excellent physicians from elsewhere around the world, but we must come back to the point made earlier that we should be self-sufficient with all of the strategy that is constructed around that.

The issuing of temporary licences bypasses the academic validation of those individuals. That gives us concern in terms of the standard and quality that will be there at the end of the day for the populations being served. Many of them are good, but we would like to be sure that they are all good, just as we do for our own graduates.

If we find ourselves in a situation of shortfall, where more and more temporary licences are being issued just because there is a shortage, that quality issue becomes a paramount concern. We will look at that as a group and look at it with the licensing authorities across the country.

The Chairman: Senator Morin, please, and then Senator Cook on the Newfoundland experience.

Senator Morin: I thank Dr. Scully for his excellent contribution. I would also like to recognize Dr. Michel Brazeau of the Royal College of Physicians and Surgeons, which is an important player in this country as far as medical manpower is concerned.

propriétaire, de sorte que ce n'est pas un réseau public. Nous considérons que ce sera la colonne vertébrale de notre réseau de soins de santé à l'avenir.

Le sénateur Callbeck: Au sujet des médecins provenant de l'étranger, vous avez indiqué, Dr Barrett, que 24 p. 100 des médecins qui pratiquent au Canada ont obtenu leur diplôme à l'étranger. Je pense que vous avez déclaré que le Canada délivrait 400 permis d'exercer temporaires aux médecins formés à l'étranger. Est-ce que nous cherchons délibérément à recruter ces médecins dans ces pays, ou est-ce parce qu'ils veulent venir au Canada et qu'ils présentent une demande?

Dr Barrett: Les deux. Il y a toutefois des provinces qui, au Canada, ont délibérément recruté ces médecins. Je ne sais pas ce que nous ferions sans eux, je vous le dis bien franchement. On pourrait soutenir qu'il y a là un problème d'éthique étant donné qu'il se pose à l'échelle mondiale: Est-ce bien là l'orientation qu'il faut prendre — voler un pays qui à son tour en vole un autre, et ainsi de suite? En fin de compte, ce n'est pas la façon de régler le problème. Le Dr Scully pourra peut-être vous en parler. C'est une question qui a été soulevée lors d'une réunion récente de l'Association médicale mondiale.

Dr Scully: Sur le plan de l'éthique, il s'agit de savoir si l'on peut accaparer les ressources de quelqu'un d'autre. N'oublions pas ce que coûte aux contribuables la formation de nos professionnels de la santé — médecins, infirmières, et cetera. — et ce que cela représente comme perte pour notre balance commerciale lorsque notre population migre vers le sud. Le Dr Ward a mentionné les coûts de la formation d'un étudiant en médecine à Dalhousie. Ces coûts varient selon les régions du pays, mais ils sont élevés.

L'intégration des communautés au Canada nous a rendus plus riches. C'est vrai dans bien des secteurs. Nous espérons pouvoir continuer à faire venir d'excellents médecins du monde entier, mais nous devons en revenir à ce que nous avons dit tout à l'heure et être autosuffisants avec toute la stratégie que cela suppose.

La délivrance de permis d'exercer temporaires se substitue à l'accréditation universitaire des intéressés. Cela nous inquiète car nous voulons être sûrs, pour le bien de notre population, que le niveau et la qualité de ces médecins sont suffisants. Nombre d'entre eux sont bons, mais nous voudrions être sûrs qu'ils le sont tous, comme nous le faisons pour nos propres diplômés.

Si nous nous retrouvons dans une situation de pénurie, exigeant la délivrance d'un nombre toujours accru de permis d'exercer temporaires tout simplement parce qu'il y a un manque, le problème de la qualité prend alors une grande importance. Notre profession va se pencher sur la question et en parler avec les responsables de l'accréditation à l'échelle du pays.

Le président: La parole est au sénateur Morin, et ce sera ensuite le sénateur Cook au sujet de l'expérience de Terre-Neuve.

Le sénateur Morin: Je remercie le Dr Scully de son excellente contribution. Je tiens aussi à féliciter le Dr Michel Brazeau, du Collège royal des médecins et des chirurgiens, qui joue un grand rôle dans notre pays sur la question du personnel médical.

My first question is for Dr. Barrett and Dr. Scully. Last week we heard that health care costs have increased by 7 per cent and have now reached \$96 billion. We are just behind Germany and the U.S., but third around the world.

Are we spending enough? Are we spending in the right places? If not, where should we spend?

To Dr. Ward, as a representative of all provinces including Quebec, Ontario and Alberta, what do you think the federal role is in a workforce policy?

Dr. Barrett: We could spend more, but money alone will not solve the problem. Certainly, as we look around Canada we realize the percentage of the overall provincial budgets that are eaten up by health care — often at the expense of education and the environment.

We talked about physician workforce, but the reality is that this country is looking at a huge problem in terms of skilled workforce in the future. We cannot cut investment in education. We could spend more, but it is time to look for innovation and ideas. Some of that may require up-front investment. However, in the long run, perhaps we could do things better and cheaper with connectivity, with increased available evidence and some of the ideas that I have heard about today such as telehealth. There are ways of delivering quality care that may not require the tremendous expense. We have to hear the innovation and the ideas.

Dr. Scully: The simple answer is that nobody knows what is enough. The new definition of “universalism” at the World Health Organization is a level playing field for the people in a society in which they live. Everyone is assured of reasonable access to the services and the resources that are available in that country.

One of the reasons that we did not rank as well in the international rating of the WHO in terms of our health care system was the patchy nature of our system as it exists at the present time.

One of the points that ministers of Health and Finance ministers have made is that we could spend funds better than we are. There are efficiencies to be gained. We have much room to move in that area.

We would need to spend more in some areas. With telehealth and transfer of information, we could save billions of dollars with transmission of accurate diagnostic tests so that they do not have to be duplicated. We could do more together to spend what we have more wisely, without compromising other programs unfairly.

Ma première question s'adresse au Dr Barrett et au Dr Scully. La semaine dernière, nous avons appris que les coûts de la santé avaient augmenté de sept pour cent et se situaient désormais à 96 milliards de dollars. Nous nous situons juste derrière l'Allemagne et les États-Unis, mais au troisième rang dans le monde.

Est-ce que nous dépensons suffisamment? Est-ce que nous dépensons là où il le faut? Sinon, dans quel secteur devrions-nous dépenser?

Je vais aussi demander au Dr Ward, en tant que représentant de toutes les provinces, y compris le Québec, l'Ontario et l'Alberta, ce qu'il pense du rôle que doit jouer le gouvernement fédéral en matière d'élaboration des politiques du personnel.

Dr Barrett: Nous pourrions dépenser davantage, mais l'argent en soi ne résoudra pas les problèmes. Lorsqu'on considère la situation canadienne, on se rend bien compte du pourcentage de l'ensemble des budgets provinciaux qui est absorbé par la santé — souvent au détriment de l'enseignement et de l'environnement.

Sur la question du personnel, nous avons parlé des médecins, mais en fait notre pays va se retrouver devant d'énormes difficultés à l'avenir en ce qui a trait à la main-d'œuvre qualifiée. Nous ne pouvons pas réduire nos investissements en matière d'enseignement. Nous pourrions dépenser davantage, mais il est temps de privilégier l'innovation et les idées. Dans certains cas, cela exigera des investissements au départ. Toutefois, à long terme, la connectivité pourrait nous permettre de faire mieux et moins cher en tirant un meilleur parti des modèles existants et de certaines idées que j'ai entendu évoquer aujourd'hui, comme la télémédecine. Il y a des moyens de dispenser des soins de santé qui ne nous obligent pas nécessairement à dépenser des fortunes. Nous devons nous familiariser avec l'innovation et les nouvelles idées.

Dr Scully: On peut répondre tout simplement en disant qu'on ne sait jamais ce qui est suffisant. La nouvelle définition de «l'universalité» à l'Organisation mondiale de la santé, c'est le fait pour chacun, au sein de la société, d'être placé sur un pied d'égalité. Chacun a la garantie d'accéder raisonnablement aux services et aux ressources disponibles dans le pays concerné.

Si notre système de santé ne s'est pas aussi bien classé qu'on aurait pu le penser au sein de l'OMS, c'est entre autres parce qu'il s'apparente à une mosaïque à l'heure actuelle.

Les ministres de la Santé et des Finances ont fait remarquer que nous pourrions mieux dépenser nos crédits. Il y a des rationalisations à faire. De nombreuses possibilités nous sont laissées dans ce domaine.

Il nous faudrait dépenser davantage dans certains secteurs. La télémédecine et la transmission de l'information pourraient nous faire économiser des milliards de dollars, des diagnostics principaux vont être transmis sans qu'il soit nécessaire de faire des copies. Ensemble, nous pourrions mieux dépenser sans avoir à remettre en cause inutilement d'autres programmes.

Dr. Ward: Recognizing each jurisdiction is responsible for the delivery of health services within its own provincial or territorial boundaries, I think that there remains a very strong role for the federal government. In particular, the federal government could continue to facilitate the national dialogue around health human resource issues and system issues. The federal government could certainly assist in helping to understand what is a reasonable approach to the system and opportunities to plan the system for the future.

The federal Government of Canada has a vested interest in that. It is the sixth largest provider of health care service in this country. It provides such services to the Armed Forces and others. Federal expenditures for direct services exceed that of many of the provinces and territories. As much as being a facilitator, it is also an important player.

As Dr. Scully and Dr. Barrett have suggested, there is a major opportunity for the federal government in terms of system renewal. There is a fundamental problem in terms of infrastructure. It is not only in equipment and physical plants across this country. More importantly, it is in the educational infrastructure. It is the opportunity to somehow begin to renew the professional training sites for all health care professionals.

The federal government has a role in the creation of health sciences centres, the renewal and training of the new professionals in nursing, pharmacy, and medical laboratory technology. It could begin to support those things.

As Dr. Scully pointed out, the establishment of the Canadian Institutes of Health Research was a major step forward in at least trying to retain and recruit academics. That has been a huge event in this country. Every jurisdiction is thrilled about being able to keep and attract our own quality people. More importantly, they now have the excitement of bringing in people.

There is a need to invest more in terms of system research. There should be a greater investment in coming to understand the system, how it works and what opportunity improves it. Expanding the activities of groups such as CIHI and the Health Services Foundation would assist. We should perhaps think more broadly in terms of the education piece of it.

Last, coming from one of those jurisdictions called a "have-not" province, there still remains an important federal role to try as best as possible to influence activities nationally to ensure that every Canadian has fair and equitable access to a system of health services that is reasonably comprehensive.

More important, like Dr. Barrett, I am passionately Canadian. My father worked for Tommy Douglas. I remember the advent of medicare; I remember the doctors' strike. I am here for a publicly funded health care system, and I will not accept any form of

Dr Ward: Sachant que chaque province et chaque territoire est responsable à l'intérieur de ses propres frontières de la délivrance de ses services de santé, je considère que le gouvernement fédéral n'en conserve pas moins un rôle très marqué. Il pourrait notamment continuer à favoriser un dialogue national sur les questions de systèmes et de ressources humaines en matière de santé. Le gouvernement fédéral pourrait certainement nous aider à comprendre ce qui est raisonnable au sein de notre système et quelles sont les perspectives d'avenir qu'il nous offre.

Le gouvernement fédéral du Canada est partie prenante en la matière. C'est le sixième plus gros fournisseur de services de santé au pays. Il dispense des services aux forces armées et à d'autres institutions. Les dépenses directement consacrées à ces services par le gouvernement fédéral dépassent celles de nombre de provinces et de territoires. En plus d'être un intermédiaire, c'est un acteur important.

Comme l'ont indiqué le Dr Scully et le Dr Barrett, le gouvernement fédéral a un grand rôle à jouer pour renouveler le système. Il y a un problème de fond en ce qui a trait à l'infrastructure. Il ne s'agit pas seulement de l'équipement et des installations que l'on retrouve dans notre pays. Il s'agit surtout de l'infrastructure en matière d'enseignement. C'est la possibilité d'entreprendre, d'une façon ou d'une autre, de rénover les sites de formation professionnelle de tous les spécialistes de la santé.

Le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans la création des centres des sciences de la santé ainsi que dans la formation et le recyclage des nouveaux spécialistes des sciences infirmières, de la pharmacie et des techniques des laboratoires médicaux. Il pourrait décider d'appuyer ce genre de choses.

Comme l'a fait remarquer le Dr Scully, la création des instituts canadiens de recherche en matière de santé est une initiative majeure qui nous permet au moins d'essayer de conserver et de recruter des universitaires. Ce fut un gros événement dans notre pays. Toutes les provinces et tous les territoires se félicitent de pouvoir attirer et conserver leurs propres spécialistes. Surtout, ils sont fiers aujourd'hui de pouvoir faire venir des gens.

Il est nécessaire d'investir davantage dans la recherche sur les systèmes. Il faut que l'on s'investisse davantage pour essayer de comprendre le système, la façon dont il opère et les possibilités d'amélioration. Ce serait une bonne chose de pouvoir étendre les activités de groupes tels que l'ICIS ou la Fondation des services de santé. Il nous faudrait éventuellement penser en terme plus général à la question de l'enseignement.

Enfin, étant originaire d'une de ces provinces que l'on qualifie de «démunie», je considère que le gouvernement fédéral doit encore jouer un rôle important en faisant tout son possible pour orienter les activités au niveau national afin de faire en sorte que tous les Canadiens aient accès, dans des conditions justes et équitables, à un réseau de services de santé suffisamment complet.

Surtout, comme le Dr Barrett, je me sens passionnément canadien. Mon père a travaillé pour Tommy Douglas. Je me souviens de la création de l'assurance médicale, de la grève des médecins. Je me déclare ici favorable à un réseau de soins de

privatization. If the federal government must stand up and say, "No privatization," count me in. I will be there.

Senator Cook: With the amount of information that you have given me this afternoon, I am sure that when I get through it, most of my questions will have been answered.

I do come from Newfoundland. I served as a volunteer on a health board and have done so for nine years or ten years. I have a limited knowledge about the system, which could be a dangerous thing.

My first comment is about telehealth. I am sure you know that we have been participants practising telehealth since 1972. The practice was borne out of a necessity to have an x-ray read in the northern community of St. Anthony and from there taking it to the Third World countries of Africa. We have done some innovative things in the area of telehealth that very few people know about.

The words that haunt me, and I continue to hear it, are "money will not cut it," "there is a shortage of funding," "there is a shortage of human resources," "we are here to take care of people."

I hear that we need a national dialogue. I hear that there are all kinds of people and agencies doing all kinds of things to deliver a quality of service to Canadian people. I am sure that there are wonderful things happening.

We have new innovative equipment such as MRI and CAT scans. In my province, it is the public sector — the unions — who have supplied the equipment to help our nursing and medical people to deliver health care to our people.

I cannot buy into the money piece. I am convinced that we need more money that is directed at the source. How do we deliver if we do not have capital equipment, and it is not funded properly to deliver health care?

There are nurses who work the floor, go home after a shift and are called back immediately. There is much goodness happening. Our people are being given care. However, to me, there is much looseness and untidiness in the system, as well as the good.

How can we make it move smoothly? I feel like I am in a gale wind, gentlemen. You may comment on that in any way you wish.

Dr. Barrett: I would like to emphasize that the quality of health care in Canada is very good. The problem is not the quality of the care; it is timely access to that care. It is the wait for the CT scanner; it is the wait for treatment or radiation, or having to go out of the country to get it. Once you do get the attention, it is quite good. In any surveys that have been done, the public says that they are quite satisfied with their care. Their concern is getting that care in the first place.

santé financé par des fonds publics et je n'accepterai aucune forme de privatisation. Si le gouvernement est prêt à faire face et à dire «Pas de privatisation», je suis avec lui. Je serai à ses côtés.

Le sénateur Cook: Étant donné la quantité d'information que vous nous avez fournie cet après-midi, je suis sûre que lorsque j'en aurai fini, vous aurez répondu à la plupart de mes questions.

Je viens de Terre-Neuve. Je siège à titre de bénévole au sein du conseil sur la santé depuis neuf ou dix ans. Je n'ai qu'une connaissance limitée du système, ce qui pourrait être dangereux.

Je vous parlerai d'abord de télémédecine. Je suis sûre que vous savez que nous participons à télémédecine depuis 1972. Cette pratique est née de la nécessité de faire la lecture des clichés radiologiques dans la localité nordique de St. Anthony et de les envoyer à partir de là dans les pays du tiers monde de l'Afrique. Dans le domaine de la télémédecine, nous avons exercé des activités novatrices dont très peu de gens ont eu connaissance.

Il y a des réflexions qui me hantent et que je continue à entendre: «l'argent n'est pas la solution», «on manque de crédits», «il y a une pénurie de ressources humaines», «nous sommes ici pour prendre soin des gens.»

J'entends dire qu'il faut instaurer un dialogue national. J'entends dire qu'il y a toutes sortes de gens et d'organismes qui prennent toutes sortes d'initiatives pour dispenser des services de qualité à la population canadienne. Je suis sûre qu'il se passe de grandes choses.

Nous avons de l'équipement de pointe tel que l'IRM et les tomographes. Dans ma province, c'est le secteur public — les syndicats — qui ont fourni l'équipement pour aider nos services infirmiers et nos médecins à soigner notre population.

Je ne crois pas qu'il faille oublier l'importance de l'argent. Je suis convaincue qu'il nous faut davantage d'argent à la source. Comment dispenser des services si nous n'avons pas les équipements et des crédits suffisants pour pouvoir apporter des soins?

Il y a des infirmières qui lavent les planchers, qui rentrent chez elles après avoir fait leur journée et qui sont rappelées immédiatement. Il y a beaucoup de dévouement. On prend soin de notre population. Toutefois, il m'apparaît qu'il y a autant de bon que de mauvais dans notre système et bien du laisser-aller.

Comment faire pour que tout fonctionne harmonieusement? J'ai l'impression d'être dans l'œil du cyclone, messieurs. Vous êtes libres d'apporter vos commentaires.

Dr Barrett: Je tiens à insister sur le fait que la qualité des soins de santé au Canada est très bonne. Le problème ne tient pas tant à la qualité des soins, c'est la possibilité d'y accéder en temps utile. Il faut attendre pour la tomographie et il faut attendre pour les traitements et les radiologies ou alors sortir du pays pour les obtenir. Une fois que l'on est pris en charge, tout va bien. Il ressort de tous les sondages que le public est très satisfait des soins dispensés. Ce qui l'inquiète, c'est la possibilité d'obtenir au départ ces soins.

The Chairman: I have heard CMA and others make that statement before. Let me ask you a question. How can you separate out quality from the waiting time? It is hard to tell people to wait for four months for a particular procedure and then they are treated well, but by that time they are so sick that they die. Are we to claim that they were treated well while they were alive? You cannot make the distinction that you are trying to make. If so, I do not understand what you mean by quality.

Dr. Barrett: I mean the quality of care that health care providers are providing. We are working very hard, in spite of the stress and long hours, to provide first-class care. That goes for physicians, nurses, technicians, everyone. The problem is getting the patient there to get that care. That is the problem.

Senator Morin: Your point is well taken. We know that quality of care varies from one part of the country to another.

The Chairman: Geographically variable.

Senator Morin: Access is part of quality.

Dr. Scully: Apropos the comment that "money does not cut it," we are not saying that money is not necessary. We are saying that money alone will not do it.

There is a need to address the looseness, the untidiness, and the variability that are there. In the past, we have been operating independently to try to do that.

The proposition here in the workforce project, is to work in partnership with others — including governments — to address those issues so that there is a much more level playing field. As a by-product, access would be improved in terms of its timeliness, never mind the quality once you get there. Those are real issues that you identify.

Certainly in a province like Newfoundland with the distances, geography and the demographics, there is a microcosm of the problem that exists in the entire country.

We need to invest the money wisely and to spend more in some areas, such as technology and human resources, than we are at present. Let us try to work together to make the playing field more level than it has been.

Senator Cook: How do you see that happening from a national perspective? In my province, the quality of delivery of health care is second to none. I would be quite comfortable being ill in my province — I know I would get first-class care.

That is not what I am talking about. I am talking about the things that are needed: the processes to ensure that I receive care. It means that there must be an adequate number of doctors,

Le président: J'ai déjà entendu l'AMC et d'autres intervenants faire ce genre de déclaration. Laissez-moi vous poser une question. Comment pouvez-vous séparer la qualité des soins des délais d'attente? Il est difficile de dire aux gens qu'il leur faut attendre quatre mois pour subir telle ou telle opération et qu'ensuite ils seront bien traités, si dans l'intervalle leur mal s'aggrave et s'ils vont peut-être en mourir. Peut-on affirmer qu'ils ont été bien traités tant qu'ils étaient en vie? Vous ne pouvez pas faire la distinction que vous cherchez à faire. S'il en est ainsi, je ne comprends pas ce que vous entendez par qualité.

Dr Barrett: Je veux parler de la qualité des soins que dispensent les professionnels de la santé. Nous travaillons énormément, malgré la tension et les horaires chargés, pour dispenser des soins de grande qualité. C'est vrai pour les médecins, les infirmières, les techniciens, pour tout le monde. Le problème, c'est de faire en sorte que le malade ait accès à ces soins. Tout le problème est là.

Le sénateur Morin: Vous avez raison de le signaler. Nous savons que dans notre pays la qualité des soins varie d'une région à l'autre.

Le président: En fonction de notre géographie.

Le sénateur Morin: L'accès fait partie de la qualité.

Dr Scully: À propos de l'observation selon laquelle «l'argent ne fait pas tout,» nous ne disons pas que l'argent n'est pas nécessaire. Nous disons qu'il n'est pas suffisant.

Nous devons remédier au laisser-aller et aux défaillances du système. Jusqu'à présent, nous avons travaillé chacun de notre côté pour essayer d'y parvenir.

Nous nous sommes proposés, dans le cadre du projet du groupe de travail, d'oeuvrer au sein d'un partenariat avec d'autres intervenants — y compris les gouvernements — pour essayer de remédier à ces questions afin que tout le monde soit davantage sur un pied d'égalité. On pourrait offrir en conséquence un meilleur accès à tout le monde, que ce soit sur le plan des délais ou, plus encore, de la qualité. Ce sont des problèmes bien réels que vous soulevez ici.

Il est bien évident qu'une province comme Terre-Neuve, étant donné les distances et de par sa géographie et sa démographie, est un microcosme qui reproduit à petite échelle les problèmes que l'on retrouve dans l'ensemble du pays.

Il nous faut bien investir notre argent et dépenser davantage que nous ne l'avons fait jusqu'à présent dans des secteurs tels que la technologie et les ressources humaines. Essayons de collaborer pour que les chances deviennent plus égales.

Le sénateur Cook: Qu'est-ce qui va se passer selon vous à l'échelle nationale? Dans ma province, nous n'avons rien à envier à personne pour ce qui est de la qualité des soins qui sont délivrés. Je n'aurais absolument pas peur de tomber malade dans ma province — je sais que je bénéficierais de soins de qualité.

Ce n'est pas de ça dont je veux vous parler. Je vous parle de ce dont nous avons besoin: des mécanismes devant me permettre de recevoir des soins. Cela signifie qu'il faut qu'il y ait une quantité

nurses, support staff, and equipment. How do we get all those things into place to ensure that the consumer is serviced?

Dr. Scully: That is why we are here. We are here talking about the workforce. The Canadian Medical Association has made a very detailed presentation about technology and what can be done in that connection. Dr. Barrett may wish to comment on that.

We are here today to talk about how we can work together to address the workforce issues.

Dr. Ward: The issue of quality really implies some set of standards. Over the next few years we will see a growing demand for national standards. Certainly the Western Canada waiting list study will be coming out. It will contain some remarkable information that will be of surprise to many Canadians.

One of the challenges in all of this is to move to that integrated health care system. Dr. Barrett was talking about the fact that we still have, in many circumstances, physicians practising solo. How can they have a conversation with someone else about standards when they do that? Where is it written down? Where is that common approach? Where are those clinical guidelines?

With information technology and the knowledge we have and decision support systems, there should be, over time, fairly standardized approaches to diagnosis, to treatment, to acceptable waiting times.

In my province, we have an interesting scenario in which everyone thinks that if their doctor is concerned about their health, they will be sent to Halifax. An individual in Truro would never be sent up the road to New Glasgow even though the staff are excellent. They have a brand new CAT scanner. However, the patient would go to Halifax and wait more than five months for an elective CAT scan when they could drive up the road and get the CAT scan the same day.

There are some process problems with which we must deal. You are talking about that seamless flow; the fairness, standards and targets for people to meet. We must begin to have a dialogue about the process.

Senator Cook: Who would assume the role of leadership for that dialogue?

Dr. Ward: That would be all of us. I think that clearly it is for all the people in the system, including myself as a deputy minister, people working in the hospital system, administrators; for representatives of the medical associations, registered nurses associations, and nurses unions. All these people need to be involved in identifying the problem and the methods of managing it. They need to identify who will take charge of leading the process.

Senator Cook: Do you see it being done province by province rather than from a national perspective?

suffisante de médecins, d'infirmières, de membres du personnel de soutien et d'équipement. Comment mettre toutes ces choses en place pour s'assurer que le consommateur est bien servi?

Dr. Scully: C'est pourquoi nous sommes ici. Nous sommes ici pour parler de la main-d'oeuvre. L'Association médicale canadienne a présenté un exposé très détaillé sur la technologie et sur ce qu'on peut faire de ce point de vue. Le Dr Barrett pourra peut-être faire quelques observations à ce sujet.

Nous sommes ici aujourd'hui pour parler de ce que l'on peut faire pour régler les questions de main-d'oeuvre.

Dr Ward: Le problème de la qualité implique que l'on impose certaines normes. Ces dernières années, on réclame de plus en plus des normes nationales. L'étude sur la liste d'attente dans l'ouest du Canada va être publiée. On y trouvera des renseignements d'un grand intérêt qui surprendront bien des Canadiens.

L'une des difficultés ici c'est d'en arriver à un système intégré de soins de santé. Le Dr Barrett nous a dit qu'il reste dans bien des cas des médecins qui travaillent de manière isolée. Comment vont-ils pouvoir discuter des normes avec un autre interlocuteur s'ils procèdent ainsi? Où sont les règles écrites? Quelles sont les démarches communes? Où se trouvent les directives cliniques?

Avec les techniques d'information, les connaissances et les mécanismes d'appui des décisions dont nous disposons, nous devrions pouvoir, à terme, adopter des méthodes plus ou moins normalisées en matière de diagnostic et de traitement, et arriver à des délais raisonnables.

Dans ma province, il y a un phénomène intéressant qui fait que chacun pense que si son médecin s'inquiète de sa santé, il va être envoyé à Halifax. Un habitant de Truro ne prendra jamais la route pour aller jusqu'à New Glasgow, même si le personnel y est excellent. On vient d'y recevoir un tout nouveau tomodensitomètre. Ce malade va par contre être expédié à Halifax et attendre plus de cinq mois pour pouvoir bénéficier d'une tomographie non requise d'urgence alors qu'il aurait pu prendre la route et l'avoir le même jour.

Il y a certaines façons de procéder auxquelles il nous faut remédier. Vous évoquez une procédure harmonieuse faisant appel à l'équité, à des normes et à des objectifs devant être atteints. Nous devons instaurer un dialogue au sujet de la procédure.

Le sénateur Cook: Qui va prendre l'initiative de ce dialogue?

Dr Ward: Il faut que ce soit chacun d'entre nous. Je considère que nous sommes tous évidemment concernés au sein du système, y compris moi-même en ma qualité de sous-ministre, les gens qui travaillent dans le réseau hospitalier, les administrateurs ainsi que les représentants des associations médicales, des associations d'infirmières et d'infirmiers accrédités et des syndicats de personnel infirmier. Tous ces gens doivent participer à l'identification des problèmes et des moyens de les résoudre. Il leur faudra définir qui doit prendre la tête de l'opération.

Le sénateur Cook: Est-ce que vous pensez que le travail doit se faire au niveau de chaque province ou à l'échelle nationale?

Dr. Ward: I think that you must begin at the provincial level. However, at the same time, as the deputy minister, I have an expectation that we should be part of a national process.

Senator Keon: I have enjoyed your presentations. You said that that "money alone will not fix the problem." I also believe strongly that numbers alone will not fix it when it comes to manpower.

We are all aware of what happened in France. They turned out all these medical graduates that were driving taxis because there was no place to fit them in. The same thing happened in Italy. It is happening in Eastern Europe now.

We must sing from Dr. Ward's hymnbook and look at an integrated system across the country so that the health professionals fit in the system when we turn them out. This is not difficult to do.

Our industrial friends in the high-tech community and engineering sectors, told the colleges and universities, about seven or eight years ago, that their graduates were useless to the industry. They said that the colleges were turning out "generic" engineers that were of no value. They wanted the educational programs changed so the graduates could be hired. Bang, what happened? It happened very quickly.

We have a tremendous amount of information behind us, as all of you know. We have all served on task forces during the past 20 years that have looked at manpower and so forth. There is a tremendous amount of good information there. It must be integrated with the other health professionals, including the nurses from whom we will hear. We must look at systems that will do something.

I believe that we made a tragic mistake in hospital downsizing in that we fundamentally brought in bulldozers and pushed all the hospitals into one place instead of looking at integrated health systems in the communities. We created these big monsters that are dysfunctional without community resources plugged into them. We will have to review the situation again.

I want all three of you to come out with your profound wisdom now about how you would turn out the next generation of medical graduates to fit the requirements.

Dr. Scully: Let me take a first crack at that. I agree that numbers alone will not do it. It is fair, however, to say that the countries that you cited do not have the same kind of entry or exit qualifications for medical students that Canada and other countries like Canada have. There may be many physicians, but they would not be hired anyway because they do have the qualifications or the quality that we have.

The figure we recommended in Task Force I is a conservative projection. Initially, it was going to take a lot more than 2,000 by 2000 to restore the balance to where it is. We said that "things are

Dr Ward: Je pense qu'il faut commencer au niveau provincial. Parallèlement, toutefois, je m'attends en ma qualité de sous-ministre que cela fasse partie d'un projet national.

Le sénateur Keon: J'ai bien apprécié vos interventions. Vous nous avez dit que «l'argent à lui seul ne réglerait pas le problème.» Je suis tout aussi fermement convaincu que ce n'est pas simplement en rajoutant du personnel qu'on règlera le problème de main-d'oeuvre.

Nous savons tous ce qui s'est passé en France. Tous ces diplômés en médecine se sont mis à conduire des taxis parce qu'il n'y avait pas de place pour eux. La même chose s'est produite en Italie. Ça se passe aujourd'hui dans l'est de l'Europe.

Nous devons répéter la leçon que nous a apprise le Dr Ward et envisager la mise en place d'un système intégré à l'échelle du pays pour que les professionnels de la santé s'insèrent dans le système lorsqu'ils sortent de l'école. Ce n'est pas difficile à faire.

Nos amis industriels, dans les secteurs de la haute technologie et des sciences de l'ingénieur, ont déclaré aux collèges et aux universités, il y a quelque sept ou huit ans, que leurs diplômés n'avaient aucune utilité pour l'industrie. Ils nous ont dit que les collèges formaient des ingénieurs «généralistes» qui n'avaient aucune valeur. Ils voulaient des programmes d'enseignement spécialisé qui leur permettraient d'engager les diplômés. Et alors qu'est-il arrivé? Tout s'est passé très rapidement.

Nous disposons d'une énorme quantité d'information, vous le savez tous. Nous avons tous fait partie de groupes d'études ces 20 dernières années qui se sont penchés entre autres sur la question de la main-d'oeuvre. Il y a des quantités énormes de renseignements disponibles. Nous devons les intégrer avec les autres professionnels de la santé, y compris avec le personnel infirmier, que nous allons entendre. Nous devons envisager des systèmes utiles.

Je pense que nous avons commis une terrible erreur en faisant venir les bulldozers pour éliminer certains hôpitaux et regrouper tous les services en un même endroit plutôt que de chercher à intégrer les réseaux de santé au sein des collectivités. Nous avons créé de véritables monstres incapables de bien fonctionner sans être branchés sur les ressources de la collectivité. Il nous faudra repenser à nouveau le système.

J'aimerais que vous fassiez appel tous les trois à votre science pour nous dire comment selon vous il nous faut former la prochaine génération de diplômés en médecine pour répondre à nos besoins.

Dr Scully: Laissez-moi vous répondre en premier. Je conviens que la quantité de personnel ne fera pas tout. Il faut bien reconnaître, cependant, que les pays que vous avez cités n'ont pas les mêmes critères de qualification à l'entrée et à la sortie que les étudiants en médecine du Canada et d'autres pays comme le Canada. Il se peut qu'il y ait beaucoup de médecins, mais ils ne seraient pas engagés de toute façon parce qu'ils n'ont effectivement pas la qualification ou le niveau des nôtres.

Le Groupe de travail I a fait preuve de prudence en choisissant le chiffre qu'il a recommandé. Au départ, nous pensions qu'il faudrait bien plus de 2 000 étudiants en l'an 2000 pour établir

changing: physicians are working differently together and with others. As a projection into the future, we will sit down with others and work out where we are going with this conservative number, which is not a replacement number." We are trying to keep even with where things are going.

We do not think it is an overshoot. The recommendation would have been closer to 3,000 by 2000 if we were to do a replacement equation.

I am cognizant of the point that you make. It is not only the number but it is what people do. That is why the ratio issue is not the right approach either. It is a combination of how we will work together as physicians with nurses and others, hospitals, communities, governments and community leaders as we move forward.

I take your point, but we are trying to bring a balance to this in an integrated way, as you look at the information, so that we get it more right more often than we have.

Dr. Barrett: We need that national planner strategy. That should include a needs assessment. Part of the problem is that the numbers do not tell you what people are doing, as you have suggested. A family physician who retires in a northern community may be only their only anaesthetist. Upon his retirement, no more surgery could be done in that community. An entire program would collapse.

From the federal point of view, in addition to the national planner strategy, we need to look seriously at post-graduate secondary education, not only in medical schools but education in general, regarding a skilled workforce for the future. That is particularly important when you look at the debt that our students have when they leave school. Some of those debts are in excess of \$100,000. If the graduate has young children and a mortgage, moving south holds appeal because it is easier to pay off that debt reasonably quickly, as opposed to paying it off here.

Dr. Ward: Academic flexibility is absolutely an important key in all of this. At the current time, changing a program at the university level takes approximately two years. In an environment in which the level of knowledge is doubling every year, that is, quite frankly, unacceptable. That is absolutely unacceptable. Somewhere in the midst of this, we must get universities attuned to working in this new environment.

With respect to the medical graduates of the future, I see a life-long commitment and partnership between that individual and the system. I believe that, if we value those workers, the system would offer the opportunity — two weeks each year, or three months every other year — for them to upgrade their skills.

l'équilibre. Nous nous sommes dit que «la société évoluait et que les médecins collaboraient différemment avec les autres et qu'à l'avenir, il nous faudrait discuter de ce chiffre avec d'autres intervenants en sachant qu'il est en deçà de ce qu'il faudrait pour remplacer les effectifs.» Nous cherchons à ne pas nous laisser déborder par l'évolution de la situation.

Nous ne pensons pas avoir exagéré. Nous aurions recommandé un chiffre plus proche de 3 000 pour l'an 2000 si nous avions voulu prévoir un remplacement intégral.

Je comprends bien votre argument. Ce ne sont pas simplement les quantités mais ce que va faire le personnel. C'est pourquoi ce n'est pas non plus en agissant sur les ratios que l'on va y parvenir. C'est l'ensemble de tout ce que nous pouvons faire pour instaurer une collaboration entre les médecins, les infirmières et d'autres intervenants, les hôpitaux, les collectivités, les gouvernements et les dirigeants communautaires.

Je comprends votre argument, mais nous cherchons à parvenir à un équilibre et à une solution intégrée, comme vous pouvez le voir dans notre documentation, de manière à faire mieux les choses plus souvent que par le passé.

Dr Barrett: Nous avons besoin de cette stratégie nationale de planification. On doit prévoir dans ce cadre une évaluation des besoins. Le problème vient en partie du fait que les chiffres ne nous disent pas ce que font les gens, comme vous l'avez indiqué. Lorsqu'un médecin de famille prend sa retraite dans une localité du nord, il se peut que ce soit l'unique anesthésiste qui s'en aille. Une fois qu'il est à la retraite, on ne peut plus faire de chirurgie dans cette localité. Tout un programme s'écroule.

D'un point de vue fédéral, en plus d'apporter une stratégie de planification nationale, il nous faut nous pencher sérieusement sur l'enseignement postdoctoral, non seulement dans les écoles de médecine, mais dans toutes les filières, pour que nous ayons une main-d'oeuvre qualifiée à l'avenir. C'est particulièrement important lorsqu'on considère l'endettement de nos étudiants à la sortie de l'école. Certains d'entre eux doivent plus de 100 000 \$. Si un diplômé dans cette situation a des enfants jeunes et une hypothèque, il sera tenté d'aller dans le sud plutôt que de rester ici parce qu'il lui sera plus facile de rembourser cette dette dans des délais raisonnables.

Dr Ward: La souplesse dont font preuve les universités joue un rôle absolument essentiel ici. À l'heure actuelle, il faut environ deux ans pour changer un programme universitaire. Dans un secteur où les connaissances doublent chaque année, c'est, il faut bien l'avouer, inacceptable. C'est tout simplement inacceptable. Lorsque nous procéderons à tout ce remaniement, nous devons aussi essayer de faire en sorte que les universités s'adaptent à ce nouvel environnement.

Pour ce qui est des diplômés en médecine à l'avenir, j'envisage un engagement et un partenariat entre le système et l'intéressé pendant toute la vie active de ce dernier. Si nous accordons un certain prix à ce personnel, je considère que notre système doit lui donner la possibilité — deux semaines par an, ou trois mois tous les deux ans — de perfectionner ses connaissances.

We would have a system such that if they were to work in a group practice in a small community, we would guarantee a locum to them. That locum would be someone from an academic centre who would use that opportunity to upgrade the skills of everyone on the health care team. They would be there not only to give service, but they would be there to give education. This would become a continuing lifelong learning experience for everyone. That is what the system must support and nurture.

You cannot do it by turning someone out at the end of a 10-year educational program and simply wish them good luck, God bless. "Look after your own continuing education; worry about finding your own locums; and worry about your kids and your family, if you have time, if we are not asking you to work 100 hours per week."

We must think about how we value people and what we are interested in. Money is not the important thing for graduates today. It is their lives, their lifestyles and job satisfaction; it is the opportunity to do good; and it is the opportunity to learn and continue to be good. Money is not at the top of the list. We have a system that drives them to want money.

We must step back and look now at that in a serious way.

Dr. Barrett: We can look to the private sector where competition has occurred and they have done it successfully. There are basically three things. One is competitive remuneration, and there is no question that you must pay them enough. I agree, if you can offer people the opportunity to be part of something that is good and where good things are happening in a stress-free environment, they will be willing to work for less. If we can provide that environment with the third thing — opportunities for professional development — that is what we will have to do if we are to compete. The private sector has done that successfully.

The Chairman: You raised the private sector analogy. If the private sector found that there was a shortage of a particular set of skilled manpower, they would juggle the pay scales so that, effectively, the skill set that you were seeking would receive more and others would receive less. Again, based on my own understanding of the difficulty that exists within the medical association and medical societies of shifting the relative importance as noted by the remuneration among the various categories of specialists, it is extremely difficult to do. I raise this because you used a private sector analogy and that is one step that is critical, but you did not comment on that.

Dr. Scully: One of my past hats was Chief Negotiator for the Province of Ontario.

The Chairman: I am well aware of that. That is part of my experience in terms of understanding the difficulty.

Dr. Scully: As Senator Keon and I can attest, there are few people more resented than cardiac surgeons, who do, in fact, generate larger incomes than many others. We happen to think

Dans un tel système, le personnel qui travaillerait en groupe dans une petite localité bénéficierait d'un point d'ancrage. Ce point d'ancrage serait un centre universitaire qui se chargerait de mettre à jour les compétences de tous les membres de l'équipe de soins de santé. Non seulement il fournirait un service, mais il dispenserait en outre un enseignement. Chacun bénéficierait donc d'une formation permanente. C'est ce que doit permettre et encourager le système.

On ne peut y parvenir en lançant quelqu'un dans la nature au bout de 10 années d'études en lui souhaitant tout simplement bonne chance. «Prenez vous-même en charge votre formation permanente, cherchez à avoir des points de contact et préoccupez-vous de vos enfants et de votre famille si vous en avez le temps et si on ne vous demande pas de travailler 100 heures par semaine.»

Nous devons nous préoccuper de la valeur que nous accordons aux gens et de ce qui nous intéresse. L'argent n'est pas ce qui est le plus important pour les diplômés d'aujourd'hui. C'est leur vie, leur mode de vie et la satisfaction dans le travail; c'est la possibilité de bien faire; enfin, c'est la possibilité d'apprendre et de rester compétent. L'argent n'est pas le principal. Nous avons un système qui les incite à vouloir gagner de l'argent.

Nous devons prendre du recul et nous pencher sérieusement sur la question.

Dr Barrett: Nous pouvons nous tourner vers le secteur privé, là où la concurrence a joué et où l'on a obtenu des succès. Il y a essentiellement trois choses que l'on peut faire. Tout d'abord, accorder de bonnes rémunérations, et il est indéniable qu'il faut payer suffisamment le personnel. Je suis d'accord pour dire que si on lui offre la possibilité de faire partie d'un bon système qui permet de réaliser de bonnes choses dans un cadre libre de toute tension, il sera prêt à travailler pour moins d'argent. Si l'on parvenait à améliorer ce cadre sur un troisième point — la possibilité de se perfectionner sur le plan professionnel — nous aurions tout ce qu'il nous faut pour être concurrentiels. Le secteur privé y est parvenu avec succès.

Le président: Vous avez établi une comparaison avec le secteur privé. Si, dans le secteur privé, on s'apercevait qu'il y a une pénurie de main-d'œuvre qualifiée dans un secteur donné, il y aurait des rattrapages au niveau des rémunérations qui feraient que les qualifications que l'on recherche seraient mieux payées et les autres moins bien. Là encore, c'est extrêmement difficile à faire si je comprends bien les difficultés qui se présentent au sein de l'association médicale et des différentes institutions médicales lorsqu'il s'agit de faire évoluer les rémunérations respectives des différentes catégories de spécialistes. J'évoque la question parce que vous avez fait une comparaison avec le secteur privé et qu'il s'agit là d'une démarche fondamentale, que vous n'avez pas analysée cependant.

Dr Scully: J'ai déjà occupé les fonctions de négociateur en chef pour la province de l'Ontario.

Le président: Je le sais bien. Voilà pourquoi je dis que je comprends les difficultés.

Dr Scully: Je suis, avec le sénateur Keon, bien placé pour dire que, de tous les médecins, les spécialistes de la chirurgie du cœur sont parmi ceux à qui l'on pourrait en vouloir car, c'est un fait, ils

that we earn it, but you can only do so much. Beyond a certain point, you can only work so many hours.

It is not just what is happening with physicians, it is also what is happening with others around us. Again, we come back to the issue of people and the balance that exists. With regard to simply paying people more to do the work, you can only do so much beyond a certain point. Then it does not matter any more, because you cannot spend it, you cannot spend time with your family, and there are not enough people to fill that need.

The real problem is that, even if you were to increase the fees across the board as they have in Alberta by a tremendous amount of money relative to the rest of the country, there are not enough people to do the work. It is not just a matter of paying more for the work; we must address the issue of people wanting to move into the area for reasons other than the money. One of those reasons could be because they want to make a difference and they want to look after people. That is why most of us went into medicine in the first place.

The Chairman: That is an interesting answer, but it does not address my question. However, that is fine.

Dr. Barrett: There is no question in my mind that if people can come and be part of something good, then you can recruit them. For instance, in Saskatchewan, the weather is not that good for much of the year, and the pay scale is not that high compared with other provinces. However, the reality is that they have had no difficulty recruiting people to areas because they have the opportunity to be part of a system that is world class — that is delivering exciting health care, and they want to be part of it. If we can create those centres of excellence in the communities and other places, people will come.

Dr. Ward: The excitement issue is a fundamental thing for me. Canadians are challenged by their system as it exists, and they are concerned. More importantly, we are hearing a chorus of voices from the professions saying that it is not much fun to be a professional. Unless we work constructively to change that in the next year or two, we will have serious problems with enrolment in our programs. Enrolment in nursing programs at Dalhousie has been dropping by 50 per cent per year for the past four years.

The Chairman: Did you say 50 per cent or 15 per cent?

Dr. Ward: I said 50 per cent. Nursing is not a career that people are choosing, and it is becoming a problem. The issue about the costs of education is also becoming a problem. We have seen a dramatic swing in the past four years, in our province, in the distribution of people coming into the medical school. As university tuition has gradually risen, university medical schools are a cash cow for most universities, quite frankly. We have seen

gagner plus d'argent que beaucoup d'autres. Nous estimons, certes, le mériter, mais il y a des limites à ce que nous pouvons faire. Nous ne pouvons pas, en effet, aller au-delà d'un certain nombre d'heures de travail.

Le problème ne se pose d'ailleurs pas uniquement au niveau des médecins. Il concerne toutes les catégories. On en revient, encore une fois, à la question de l'équilibre entre activité professionnelle et vie personnelle. L'augmentation des salaires ou des honoraires n'est pas une solution car, au-delà d'un certain revenu, on ne parvient même plus à dépenser ce qu'on gagne, on n'a plus de temps à consacrer à sa famille et, de toute manière, on se heurte au nombre insuffisant de personnes qualifiées.

Le problème fondamental provient donc du fait que même si vous décrêtez une très forte augmentation des honoraires par rapport à ce qui est offert dans le reste du pays, comme cela s'est fait en Alberta, il n'en reste pas moins que le nombre de personnes capables de faire ce travail-là demeure insuffisant. Il ne suffit donc pas d'augmenter les revenus; il faut trouver les moyens d'attirer vers cette spécialité des personnes qui ne sont pas principalement motivées par l'argent. Il peut s'agir, par exemple, de personnes qui veulent faire oeuvre utile et qui veulent pourvoir au bien-être des autres. C'est la raison qui a poussé la plupart d'entre nous à entrer en médecine.

Le président: Votre réponse est intéressante, même si elle ne répond guère à ma question. Je n'en prends pas ombrage.

Dr Barrett: Je n'ai pour ma part aucun doute qu'on parviendra à recruter les spécialistes voulus si les conditions de travail, largement définies, paraissent satisfaisantes. En Saskatchewan, par exemple, pour une bonne partie de l'année le climat n'est pas tellement agréable et la rémunération n'est pas particulièrement élevée comparée aux autres provinces. La Saskatchewan n'a, cependant, aucun mal à recruter car les gens sont attirés par l'occasion de s'intégrer à un système médical qui est parmi les meilleurs au monde. Ça les tente de participer à un système de santé publique qui est à la pointe du progrès. Il n'y aura aucune difficulté à attirer des bonnes volontés si l'on parvient à créer des centres d'excellence.

Dr Ward: D'après moi, la passion du métier est une chose essentielle. Les Canadiens s'inquiètent des ratés du système de santé. Mais les diverses catégories professionnelles font savoir qu'elles travaillent actuellement dans des conditions qui ne leur paraissent guère satisfaisantes. Si l'on ne parvient pas, dans les deux prochaines années, à apporter les améliorations qui s'imposent, nous aurons du mal à susciter de nouvelles vocations. Je signale qu'au cours des quatre dernières années le nombre des inscriptions aux programmes d'études infirmières à l'Université Dalhousie a, chaque année, baissé de 50 p. 100.

Le président: Vous avez dit 50 p. 100 ou 15 p. 100?

Dr Ward: J'ai bien dit 50 p. 100. La carrière d'infirmière ne suscite plus guère de vocations et cela commence à nous poser des problèmes. Le coût des études pèse également sur la situation. Dans notre province, les choses ont assez radicalement changé ces quatre dernières années au niveau du recrutement des étudiantes et des étudiants en médecine. Reconnaissons que, pour la plupart des universités, l'augmentation du prix des études a fait des facultés

that the percentage of students coming from rural Nova Scotia is dropping steadily. As Dr. Scully pointed out, only wealthy families will be able to send their kids to medical school. Yet, the single most important determinant as to whether an individual will work in a small community is if they are from a small community. If we close the door to that group, we have done the system a disservice.

The Chairman: On the fee question, I do not need the numbers. I am sure that you have a time series that shows the increases in fees over the last decade or so. That would be useful for us to have. Could you please send it to the committee? Thank you.

Senator Roche: I have two questions for Dr. Scully. The first deals with quantity and the second deals with quality. I am receiving mixed messages today about whether money is the problem or money is not the problem. On the quantity issue of that mixed message, why is it that in a country that is growing in population and aging at the same time, there is a reduced number of students entering medical schools? Senator LeBreton spoke to this problem. What is the real problem? Is it that the costs are too high? I was shocked a moment ago, when I heard that medical schools are a cash cow for universities. As an innocent layman on this subject, I was shocked to hear that.

What is the real cause of the diminishing number of entries to medical school at a time when we need more doctors?

You could trace it down the line. It would take ten years of full training to have them graduate. What is the real problem? Are there not enough places receiving funds from governments? Is it too expensive for young people to take on? They do not want to face the burden of \$100,000 down the line? Are the standards too high?

Help me to understand. This is described as a desperate time. Why is this happening in our country?

Dr. Scully: I will try to give several brief responses.

First, there does need to be constructive money in some areas. The United States spends far more money than we do. They have far more problems in many areas than we do. It is not just money alone. Money must be channelled to where it will be effective in terms of what we get. Yes, we need to spend more in the education enterprise.

The answer to your question with regard to enrolment is that it was a policy decision to decrease enrolment at both the undergraduate and the post-graduate levels in 1991. We are living

de médecine une vache à lait. Nous avons ainsi constaté une baisse constante du pourcentage d'étudiants provenant des zones rurales de la Nouvelle-Écosse. Ainsi que le faisait remarquer le Dr. Scully, seules les familles riches pourront se permettre de faire faire des études de médecine à leurs enfants. Et pourtant, s'agissant de savoir si un médecin entend exercer dans les petites localités, le facteur déterminant est le fait que l'intéressé soit lui-même originaire d'une petite localité. En fermant l'accès aux études de médecine aux personnes originaires de petites agglomérations, on nuit à l'ensemble du système.

Le président: En ce qui concerne la question des honoraires, je ne vous demande pas de chiffres précis. Je suis certain que vous disposez d'une série chronologique qui démontre, pour les dix dernières années, l'augmentation des honoraires. Il nous serait utile d'en avoir une copie. Pourriez-vous en faire parvenir un exemplaire au comité? Je vous remercie.

Le sénateur Roche: J'aurais deux questions à poser au Dr. Scully. La première porte sur l'aspect quantitatif du problème, et la seconde sur son aspect qualitatif. D'après ce qui s'est dit ici, je ne suis pas certain si l'aspect financier pose ou non un problème. Quant à l'aspect quantitatif de la question, comment se fait-il que dans un pays où l'on constate simultanément une croissance démographique et un vieillissement de la population, le nombre de candidats aux études en médecine baisserait. Le sénateur LeBreton a évoqué cet aspect de la question. Mais où se situe, véritablement, le problème? Le prix des études est-il trop élevé? J'ai été véritablement choqué il y a quelques instants d'entendre dire que, pour les universités, les facultés de médecine représentent une véritable vache à lait. En tant que non-spécialiste, je dois dire que cela m'a choqué.

Quelle est la véritable raison de cette baisse du nombre de candidats aux études en médecine alors même qu'il nous faudrait recruter davantage de médecins?

Voyons un peu, dans l'ensemble du processus, où se trouvent les obstacles. L'obtention du diplôme de docteur en médecine exige dix ans d'études. Où se situe le problème? Est-ce dans le nombre d'universités recevant des subventions gouvernementales? Est-ce, simplement, que les études sont trop chères et que les jeunes hésitent pour cela à les entreprendre étant donné que cela entraîne un endettement de 100 000 \$? Les critères de recrutement sont-ils trop sévères?

Aidez-moi un peu à comprendre ce qu'il en est. On dit que la situation est grave. Que se passe-t-il, à ce niveau-là, dans notre pays?

Dr. Scully: Laissez-moi tenter de répondre brièvement.

D'abord, il est clair que, dans certains domaines, il va falloir plus et mieux investir. Les États-Unis y consacrent beaucoup plus d'argent que nous. Dans de nombreux domaines, leurs problèmes sont également beaucoup plus aigus que chez nous. C'est dire que l'argent à lui seul ne suffit pas. Cet argent doit être affecté là où il donnera les meilleurs résultats. Cela dit, nous devons consacrer davantage de ressources à l'éducation.

En ce qui concerne le nombre d'étudiants, je précise qu'en 1991 il a été décidé d'abaisser le nombre des étudiants à la fois en premier cycle et en deuxième cycle d'études de médecine. Nous

with the consequences of that now. It resulted in a 17 per cent decrease in enrolment, not a 10 per cent decrease. It further resulted in a 30 per cent reduction in the opportunity for Canadians to go to medical school because the population is getting bigger at the same time.

The post-graduate areas were cut back; the re-entry programs were cut back; the validation of international graduates were cut back. Dramatic cuts took place in four or five areas at a time the population was getting bigger and older. The opportunity to go to school was diminished. The opportunities for training and flexibility were diminished.

The report that we have put to you as the first phase is trying address turning the trend around and at least track what is happening with the population as we move forward. We put forward the requirement at a conservative level.

The next phase in which we are involved, as are you, is how we work together to ensure that we continue to do that so that we have sufficient trained personnel for the future.

Senator Roche: Must we encourage provincial governments to change those policies?

Dr. Scully: It is both provincial and federal. It is a dual role. In the late 1960s when the schools were expanded, the federal government played a strong role in supporting the education enterprise in partnership with the provinces. We think that could happen again.

Some of the provinces are responding and some are not, depending on how much it would cost. There needs to be money put into the education enterprise to allow that to happen.

Senator Roche: Maybe this committee could help to push this along.

My second concern is regarding quality. I am not speaking of the competence of physicians. I certainly have no doubt about the competence of the ones with whom I deal. I am speaking about the conditions in which they operate.

I am troubled by this "brain drain" to the United States. I would like to get your frank assessment as to the true motive. Is it really money?

I come from Alberta. My physician, an experienced man, was the head of a family medical clinic. He went to the United States at the peak of his life. I said to him, "John, why are you going? You are making a good living here. Why are you going to the United States?"

He said, "Doug, this government will not let me practice medicine the way I want to practice it." Was he speaking for many physicians or is this his own particular rebellion against the changes that had been foisted on him by the Government of Alberta.

subissons maintenant les conséquences de cette décision. Cela a en effet entraîné non pas une baisse de 10 p. 100 mais une baisse de 17 p. 100 des effectifs. Compte tenu de la croissance démographique, cela a fait baisser de 30 p. 100 en moyenne les chances d'être admis en faculté de médecine.

Il y a eu des coupures au niveau des études spécialisées; il y a eu également des coupures dans les programmes de recyclage; on a réduit en outre le nombre de diplômés étrangers bénéficiant d'une équivalence. Alors qu'on constatait simultanément une augmentation et un vieillissement de la population, on a procédé à des réductions radicales dans quatre ou cinq domaines d'activité. Cela a notamment réduit les occasions d'entreprendre des études de médecine. Cela a rendu à la fois plus rares et plus rigides les possibilités d'études.

Le rapport que nous vous avons remis dans un premier temps s'attache à modifier cette tendance et, à tout le moins, à suivre de près l'évolution démographique. Les besoins dont nous faisons état sont fondés sur des estimations modérées.

La phase suivante consiste à voir comment, par une action concertée, assurer que nous disposerons, à l'avenir, d'un nombre suffisant de personnes ayant la formation voulue.

Le sénateur Roche: Doit-on encourager les gouvernements provinciaux à modifier leurs politiques en ce domaine?

Dr Scully: La situation actuelle exige une intervention à la fois des provinces et du gouvernement fédéral. Chacun doit jouer son rôle. Vers la fin des années 60, alors que les facultés de médecine prenaient de l'expansion, le gouvernement fédéral a beaucoup contribué, de concert avec les provinces, à soutenir le développement des établissements d'enseignement. Il s'agirait d'en faire autant aujourd'hui.

Certaines provinces s'y sont engagées, d'autres non, selon les dépenses que cela semble devoir exiger d'elles. Pour parvenir aux résultats voulus, il est clair qu'il va falloir y consacrer les moyens nécessaires.

Le sénateur Roche: Notre comité pourrait peut-être faire un peu avancer les choses.

Mon second souci se situe au niveau de la qualité. Les capacités des médecins ne sont pas ici en cause. La compétence de ceux avec qui j'ai affaire ne m'inspire pas la moindre inquiétude. Il s'agit, plutôt, des conditions dans lesquelles ils exercent leur art.

Je m'inquiète beaucoup de la fuite des cerveaux vers les États-Unis. Pourriez-vous me dire, franchement, quelle en est la véritable cause. Est-ce vraiment pour des raisons financières?

Je suis originaire de l'Alberta. Mon médecin, un omnipraticien chevronné, dirigeait une polyclinique. Au faite de sa carrière, il a déménagé aux États-Unis. Je lui ai demandé «John, pourquoi quittez-vous le Canada? Vous gagnez bien votre vie ici. Pourquoi aller vous installer aux États-Unis?»

Il m'a répondu, «Doug, le gouvernement ne m'accorde pas la liberté d'exercice qui me semble essentielle.» Beaucoup de médecins pourraient-ils en dire autant ou était-il seul comme ça à s'insurger contre les changements que lui avait imposés le gouvernement de l'Alberta?

Is it money for many physicians? You say that they may have \$100,000 education debt, and they are attracted by higher pay scales in the U.S. Do we need to pay our doctors more? What do we need to do to retain their motivation so that they will stay in Canada, the country that trained them?

Dr. Barrett: There are two issues. The first is in regards to the \$100,000 debt. Physicians as a group seem to be aging faster than the general population because we have tended to lose our young people. Tuition deregulation has done that. When you graduate with \$100,000 in debt with little kids and mortgages, you will be tempted to go where you can pay that off quickly. Someone of my stature, as a surgeon with my years of training, would have difficulty paying that off quickly even at my current income level.

Second, those students and the more mature people that you have talked about — and it is discouraging when they leave — told us that they were leaving out of frustration that they cannot provide what they think they should be providing in this service industry right now.

I spoke earlier about us getting tired of apologizing all the time. That is what we do. We say, "I am sorry, Mrs. So and so. I know we think that you might have cancer, but you must wait a month for your CT scan because everyone else in the line thinks they have cancer, too." That is how long it takes because we do not have enough of them or the one we have is rusted out.

Senator Roche: Are these complaints peculiar to Alberta or are they across the country?

Dr. Barrett: It is across the country.

Senator Roche: I do not understand how governments are telling physicians how they can practice or restricting the ways in which they feel they need to practice to maintain certain professional standards.

Dr. Barrett: It is not the governments telling us that, it is the resources that are provided and our ability to have our patients access it. We are apologizing all the time. There is no satisfaction in that after a while.

Dr. Scully: Senator Roche, you answered your own question in part when your physician reflected accurately that he cannot practice what he was taught to do. An orthopaedic surgeon in Calgary is told he could have a day and a half to operate. In North Dakota, he can have three and a half days with an MRI down the hall.

Est-ce vraiment, pour de nombreux médecins, une question d'argent? Selon vous, certains se sont, pour leurs études, endettés à hauteur de 100 000 \$ et les revenus plus élevés qu'ils auront aux États-Unis jouent pour beaucoup. Nous faudrait-il augmenter ici les revenus des médecins? Que nous faut-il faire pour les encourager à rester au Canada, le pays qui leur a permis d'étudier la médecine?

Dr Barrett: Il y a deux aspects de la question. Le premier concerne, effectivement, cette dette de 100 000 \$. Les médecins, considérés en tant que groupe, semblent vieillir plus vite que l'ensemble de la population étant donné que ceux qui sont partis sont souvent les plus jeunes. La libération des frais d'inscription universitaires en est la cause. Lorsqu'à la sortie de l'université, vous avez une dette de 100 000 \$, des enfants à élever et une hypothèque à rembourser, il est tentant d'aller travailler là où vous gagnerez le plus. Même un chirurgien qui, comme moi, est au sommet de sa carrière aurait du mal à rembourser rapidement avec ce qu'il touche actuellement des dettes de cette ampleur.

Deuxièmement, les étudiants et aussi les médecins plus âgés dont vous parliez — et il est effectivement décourageant de les voir partir — nous ont dit que ce qui les porte à partir c'est le sentiment de frustration que leur inspire cette impossibilité de travailler comme ils pensent devoir travailler.

Je disais tout à l'heure que nous sommes las d'avoir en permanence à nous excuser. Voici ce que nous devons faire. Nous disons, «Je regrette, madame untel. Nous pensons effectivement que vous êtes peut-être atteinte d'un cancer, mais vous allez devoir attendre un mois avant de pouvoir passer une scanographie car toutes les autres personnes qui attendent pour en passer un pensent, elles aussi, être atteintes d'un cancer». Cela prend, effectivement, aussi longtemps que cela car les équipements ne sont pas assez nombreux et certains d'entre eux ne sont plus en état de fonctionner.

Le sénateur Roche: Cette situation est-elle propre à l'Alberta ou est-elle générale?

Dr Barrett: C'est à peu près la même chose dans l'ensemble du pays.

Le sénateur Roche: Je ne comprends pas que les gouvernements disent aux médecins comment ils doivent exercer leur profession, ou tentent de restreindre la manière dont les médecins estiment devoir exercer leur art dans le respect des principes de leur code de déontologie.

Dr Barrett: Ce n'est pas que les gouvernements nous donnent des instructions en ce sens, c'est que les ressources sont insuffisantes pour nous permettre de traiter les patients dans de bonnes conditions. Nous sommes constamment forcés de nous excuser. Après un certain temps, cela devient gênant.

Dr Scully: Sénateur Roche, vous avez donné un début de réponse à votre propre question lorsque vous nous avez dit que votre médecin vous avait répondu, fort justement, qu'on ne lui donnait pas les moyens d'exercer selon les principes qui lui avaient été enseignés. Un chirurgien orthopédiste de Calgary s'est vu dire qu'on lui accordait une journée et demie par semaine pour ses interventions. Au Dakota du Nord, on lui offre trois jours et

The money is no different in Alberta than North Dakota. It is not a question of money. It is the facility to take care of your patients' welfare. If we want to attract and retain physicians, we need to work together to ensure that the facilities are there so that physicians, nurses and others can work to provide the services that are needed by people. That is where we can do it together.

The reason that we are here, and very pleased today, is that too often groups who were not involved in the delivery of care were making the decisions on the basis of the bottom line. We need to do it together.

Dr. Ward: The availability of equipment and staff will always be an issue for most jurisdictions. In Nova Scotia, when we pay off our annual interest charges, the Department of Health — for which I am responsible — uses 48 per cent of the money that is left over. Health and the Department of Education and Community Services use 87 per cent of the province's budget. The remaining 13 per cent is meant to support industry, tourism, natural resources, fisheries, agriculture, correctional services, highways, public works, et cetera. Every government is challenged. Last year, our jurisdiction counted up \$150 million worth of x-ray equipment that needed to be replaced. We have a portable machine from 1971 that is being used in one of our hospitals. It is a museum piece. We must go outside the country to get the parts to keep it going. That is the situation we are in.

The infrastructure piece that we talked about earlier and the opportunity for cash infusions to deal with the fundamental infrastructure problem remains. It is difficult in those provinces that are struggling financially.

Senator Cordy: I have two questions. First, Dr. Scully, I want to ask you about measuring physician services in terms of ratio to the population. It seems that it is being done just according to head count. There are so many doctors in the population. In fact, if you were to look back 25 years ago, 150 doctors in a community would be far different than it would be in the year 2001 because of the types of things that you have explained earlier today — lifestyle, a higher percentage of women who would be more likely to job share and those types of things.

How can we more accurately depict that for purposes of building community health systems in an area? That is my first question.

demi et la disposition d'un IRM à quelques mètres de sa salle d'opération.

Je précise que la rémunération qui lui est offerte au Dakota du Nord n'est pas plus élevée qu'en Alberta. Ce n'est donc pas une question d'argent. Il s'agit de la possibilité de soigner le patient dans de bonnes conditions. Si nous voulons pouvoir attirer et conserver nos médecins, il faut faire un effort concerté afin de réunir les moyens permettant aux médecins, aux infirmières et aux autres intervenants de santé d'assurer aux patients les services dont ils ont besoin. Voilà le défi qui se pose actuellement.

Nous sommes très heureux de comparaître aujourd'hui devant le comité et si nous sommes venus c'est que trop souvent les décisions sont prises non pas par les intervenants de santé mais pour des considérations essentiellement financières. Il faut que les spécialistes de la santé soient davantage admis à participer au niveau des décisions.

Dr Ward: Dans la plupart des localités, il y aura toujours des difficultés aussi bien au niveau des intervenants de santé qu'au niveau des équipements mis à leur disposition. En Nouvelle-Écosse, une fois assuré le service de la dette, le ministère de la Santé — dont je suis responsable — absorbe 48 p. 100 des crédits qui nous restent. En effet, ministère de la Santé et le ministère de l'Éducation et des Services communautaires absorbent à eux deux 87 p. 100 du budget de la province. Il faut, avec les 13 p. 100 restants, assurer le fonctionnement des ministères de l'Industrie, du Tourisme, des Ressources humaines, des Pêches, de l'Agriculture, des Services correctionnels, des Routes, des Travaux public, et cetera. Aucun gouvernement n'échappe à ce problème. L'année dernière, la province a calculé qu'il lui faudrait 150 millions de dollars simplement pour remplacer des appareils à rayons X. Dans un de nos hôpitaux, nous utilisons toujours un appareil portatif datant de 1971. C'est une véritable pièce de collection. Ce n'est qu'à l'étranger que nous pouvons nous procurer des pièces de rechange. Voilà la situation dans laquelle nous nous trouvons.

Nous restons confrontés à des problèmes d'infrastructure et à l'insuffisance des crédits qui permettraient de les résoudre. C'est, pour les provinces les moins prospères, un grave problème.

Le sénateur Cordy: J'aurais deux questions à vous poser. D'abord, Dr Scully, en ce qui concerne l'évaluation des services médicaux sous l'angle du nombre de médecins par rapport à la population. J'ai l'impression que le calcul reste purement numérique. On se contente de calculer le nombre de médecins par rapport à la population. Or, si vous comparez ce qui se passe aujourd'hui à la situation d'il y a 25 ans, le nombre de 150 médecins au sein d'une communauté donne une situation très différente de ce qu'elle peut être en 2001 étant donné l'évolution d'un certain nombre de choses, comme vous nous l'expliquiez plus tôt — le mode de vie, une plus forte proportion de femmes qui travaillent à l'extérieur, par exemple.

Comment intégrer ce genre de considérations afin d'étoffer les services de santé dans les diverses régions? Ça, c'est ma première question.

Second, Dr. Barrett, you said the shortage of physicians is not only in rural areas, it is all over. I have no doubt that that is true.

In Nova Scotia, there certainly appear to be more under-serviced or under-staffed areas, which seem to be the rural areas. You also mentioned, Dr. Ward, that at Dalhousie there are fewer students coming from rural areas.

I wonder whether, at Dalhousie or other university medical schools in the country, there should be reserve spaces for students who are willing to stay and work in under-serviced areas, or, for that matter, students from rural areas who would come to the medical school and would be more likely to return to their home community to practice.

Dr. Scully: With regard to measuring physician services, you are quite correct. I did make the note that doing just the head count does not indicate what physicians are doing or that society is getting the best value for the physicians who are there. That is why we think it is important to look at the models of care and the teams that are out there and developing. We must determine what the public needs in terms of the best projection as an overarching study that Dr. Ward referred to. In that way, nursing, home care and physicians can draw down on it. Then, we can work in conjunction to put together the team that will deliver those services or education or prevention as the case may be.

When the numbers and the ratios were developed, it was usually solo practice and free for service; and it was a head count in terms of those services being delivered. The practice and the models are changing, and we need to change or we will not be able to correct it as we look forward. There is a number involved and that is why we are staying away from the straight ratio. We are looking to work cooperatively with others — physicians with physicians and physicians with nurses and others. That is the direction that we are taking. Together, we have a chance of success.

Dr. Barrett: With regard to your second question, I agree with you completely. The problem that I alluded to earlier is that as tuition deregulation has occurred, tuition costs have escalated. We have essentially cut off people from smaller communities, where parents do not have the income.

You talked about rural Nova Scotia. I will give you an example from my province of Saskatchewan, where we have a huge Aboriginal population. The best way to deliver health care to them would be, especially in consideration of their culture, to have First Nation's health care providers. However, right now our system has barriers that hinder their receiving the necessary education. That is why we need to look at the whole area of post-secondary

Deuxièmement, Dr. Barrett, vous nous avez dit que la pénurie de médecins n'est pas un phénomène purement rural mais qu'il est ressenti partout. Cela est sans doute vrai.

En Nouvelle-Écosse, il semble, cependant, que ce soit les zones rurales qui souffrent le plus d'une pénurie à la fois de services et de personnel soignant. Vous nous disiez tout à l'heure, Dr. Ward, qu'à l'Université Dalhousie on voit de moins en moins d'étudiants provenant des zones rurales.

Je me demande si l'on ne devrait pas, aussi bien à l'Université Dalhousie que dans d'autres facultés de médecine du Canada, réserver des places pour les étudiants acceptant d'aller travailler dans les zones moins bien pourvues en services médicaux, voire pour les étudiants originaires de zones rurales, c'est-à-dire pour ceux qui, effectuant des études de médecine, ont le plus de chance d'aller exercer dans leur communauté d'origine.

Dr. Scully: En ce qui concerne le nombre de médecins, vous avez tout à fait raison. Je m'étais moi-même fait la réflexion. Un simple calcul numérique ne nous renseigne guère sur l'activité réelle des médecins ou sur la question de savoir si la société tire correctement parti des médecins disponibles. C'est d'ailleurs pour cela qu'il nous semble important de nous pencher sur les équipes médicales en place et sur les modèles de soins qui sont appliqués ou qui pourraient l'être. Il nous faut évaluer les besoins de la population dans le cadre d'une enquête nationale telle qu'évoquée par le Dr. Ward. Cela permettrait de mieux coordonner les soins infirmiers, les soins à domicile et les soins médicaux. Nous pourrions alors constituer des équipes qui seraient chargées, selon les cas et les besoins, des soins, des mesures de prévention ou d'actions pédagogiques.

À l'époque où l'on avait établi les ratios entre le personnel soignant et le nombre d'habitants, l'exercice individuel de la médecine était la règle, comme l'était aussi la rémunération à l'acte. Les besoins en personnel avaient été calculés en conséquence. Or, les modalités d'exercice sont en pleine évolution et il va nous falloir nous-mêmes évoluer si nous voulons continuer à répondre aux besoins. Les proportions comptent mais il faut se méfier un petit peu des chiffres. Il s'agit de renforcer la coopération avec les autres intervenants — entre médecins, mais aussi entre médecins et infirmières. C'est en ce sens-là que nous oeuvrons. Si nous travaillons de concert, nous devrions pouvoir y arriver.

Dr. Barrett: En ce qui concerne votre deuxième question, je suis parfaitement d'accord avec vous. La libération des frais d'inscription a provoqué une forte augmentation du prix des études. Nous avons, en cela, exclu les candidats provenant des localités de moindre envergure, où les parents n'ont pas les moyens d'offrir des études de médecine à leurs enfants.

Vous avez parlé des zones rurales de la Nouvelle-Écosse. Permettez-moi de vous citer un exemple tiré de ma propre province, la Saskatchewan, où habite une très importante population autochtone. La meilleure manière d'assurer à cette population des soins de santé serait, d'abord, et compte tenu de la culture qui leur est propre, d'accroître le nombre de professionnels de la santé issus des Premières nations. Or, actuellement, notre

education. In particular in consideration of tuition deregulation, we must examine who we are educating today.

Dr. Ward: On the student side, I could not agree with you more. Certainly, in Nova Scotia we are currently looking at other options to deal with the rural student through district health authorities.

There is a history in this country of the Armed Forces entering into long-term relationships with students in or entering medical school. I believe that opportunity should be in place for young people in rural communities. If they meet the entrance requirements, good on them, and that could be an opportunity.

Senator Morin: Many provinces have a plan like that: P.E.I., Quebec and Ontario.

Senator Cook: Newfoundland also has such a plan.

Senator Fairbairn: I am left almost speechless today by the presentations of our witnesses, particularly by Dr. Ward. Thank you for raising the issue of literacy and the difficulties that people who are troubled by that issue have in accessing the complexity of our health system, even at the most basic levels.

There is a frightening problem in rural Canada. I am from Lethbridge in Southwestern Alberta, and we are surrounded by rural towns. It seems to be impossible to bring services to those areas. In addition to what Senator Cordy suggested, I wonder if it would be helpful for medical schools in parts of this country to have a special "indoctrinational" training? For some people who are attracted to these rural areas, there is an excitement issue of working in a surrounding different from a major urban centre. Is there any move at all to bring those differences to light for the students? Is anything being taught that would make the differences have a special appeal to young students?

The disincentives — money and lack of services — are more readily known than the incentives. Smaller communities have their own terrific culture. How can we fire up young Canadians who are entering medical schools to realize that this could be a huge learning opportunity for them? At the same time, they could give an enormous service to parts of our country that desperately need them.

Dr. Ward: That is happening in several jurisdictions. At Dalhousie medical school, our family-practice residency programs are located in Cape Breton and in Sidney. We are finding that the majority of students who go there are staying in the industrial Cape Breton area. We have a program in St. John's. We also have programs in Fredericton and Moncton. Medical schools are beginning to understand that opportunity.

système leur ferme plutôt les portes des facultés de médecine. C'est pourquoi il nous faut nous pencher sur le dossier de l'enseignement postsecondaire. Compte tenu de la libération des droits d'inscription, il faut réfléchir au genre de personnes que nous admettons actuellement aux études médicales.

Dr Ward: En ce qui concerne les étudiants, je suis entièrement d'accord avec vous. En Nouvelle-Écosse nous étudions actuellement les solutions qui nous permettraient d'accroître le nombre d'étudiants de zones rurales admis aux études en médecine par l'intermédiaire des conseils sanitaires de district.

Depuis longtemps les Forces canadiennes offrent des engagements à long terme à des étudiants en médecine ou des candidats aux études médicales. Je crois qu'un tel système pourrait être mis en place à l'intention des jeunes provenant des zones rurales. Cela permettrait d'ouvrir aux candidats qualifiés les portes des facultés de médecine.

Le sénateur Morin: De nombreuses provinces ont adopté ce système: l'Île-du-Prince-Édouard, le Québec et l'Ontario.

Le sénateur Cook: Terre-Neuve a également instauré un tel régime.

Le sénateur Fairbairn: J'avoue être un peu interloquée par les exposés que nous ont présentés nos témoins, et en particulier le Dr Ward. Je vous remercie d'avoir soulevé la question de l'illettrisme et des difficultés que les personnes qui en souffrent éprouvent devant la complexité de notre système de santé, même au niveau le plus élémentaire.

Le problème est grave dans les régions rurales. Je viens de Lethbridge, ville du sud-ouest de l'Alberta avec, tout autour, des agglomérations rurales. On ne parvient pas à assurer correctement la desserte de ces zones. Outre ce qu'a proposé le sénateur Cordy, je me demande si dans certaines régions les facultés de médecine ne pourraient pas dispenser une sorte d'«endoctrinement»? Certaines personnes aiment la vie rurale et, pour elles, il peut être passionnant d'entamer une carrière ailleurs que dans une grande agglomération urbaine. A-t-on essayé de mieux faire comprendre cette situation aux étudiants? En un mot, fait-on quelque chose pour mieux leur faire apparaître les charmes de la vie rurale?

Les inconvénients — au niveau des revenus et de l'insuffisance des services — sont beaucoup plus connus que les avantages. Les petites communautés ont un charme tout à fait particulier. Comment susciter des vocations rurales parmi les jeunes qui entreprennent des études de médecine; comment leur faire comprendre la formidable occasion que cela représenterait pour eux? Ajoutons qu'en même temps ils rendraient service dans des régions qui ont grandement besoin d'eux.

Dr Ward: Cela se fait déjà dans plusieurs provinces. À la faculté de médecine de Dalhousie, nos programmes d'internat en médecine familiale sont situés au Cap-Breton et à Sydney. Nous nous apercevons que la majorité des étudiants qui y prennent part restent, après leurs études, dans la région industrielle du Cap-Breton. Nous avons également un programme à St. John's ainsi qu'à Fredericton et à Moncton. Les facultés de médecine commencent à mieux comprendre l'occasion qui leur est ainsi offerte.

It will remain a challenge in the smaller communities, simply because of finding the groups that have the interest and the expertise to be educators, mentors and to carry on a clinical practice at the same time. Unfortunately, currently, most clinical trainers are not well remunerated for that function. That is a major issue. We are actually trying to increase our fee for people who are taking students to \$500 a month, recognizing that they will lose five times that much by the inefficiencies in their practices.

Dr. Scully: The College of Family Physicians is responsible for the output of family physicians in terms of the academic development once they have graduated from medical school. The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, is responsible for certifying all of the specialists. Both of these institutions have developed accreditation programs that are much broader than the teaching hospitals of the past. These programs require that students spend significant time — and that time is increasing in the future — in communities other than the immediate area of the urban teaching hospital. That should address some of the issues that you mentioned.

We have talked about that and I know that you are meeting with the rural and remote group. They are very much part of Task Force II, by the way. We have actively involved them in these discussions, and they are right at the table with us all of the time. There needs to be, again, investment — this is where the money part comes in — in that education enterprise so that the teachers are recognized financially for the time and the effort that they make, and for the practice that they give up in order to do that.

Again, as we work together, I think we can begin to address that distribution issue, which is very real.

The Chairman: We appreciate the quality of your presentations and the tolerance you showed during the question period.

The Chairman: Senators, we now have four witnesses from various parts of the nursing profession. We will begin with a presentation from Ms Linda Jones of the Nurse Practitioners Association of Ontario.

Ms Linda Jones, Nurse Practitioners Association of Ontario: I begin by thanking you for the invitation to the Nurse Practitioners Association of Ontario. The NPAO has represented nurse practitioners since 1972. In 1990, we made a presentation similar to this one to a Senate committee regarding the role of the nurse practitioner and our vision of where we hoped to be. It is good to be here again to be able to discuss our future vision.

La difficulté subsistera dans les petites localités car il est malaisé de constituer des groupes ayant à la fois l'intérêt et la capacité d'assurer, en même temps, une activité pédagogique et une activité clinique. Malheureusement, la plupart des personnes en mesure d'assurer une formation clinique sont sous-rémunérées. Cela est un grand problème. Nous tentons actuellement de porter à 500 \$ par mois la rémunération des praticiens acceptant des étudiants, compte tenu du fait qu'ils perdent, chaque mois, cinq fois cette somme en raison d'un fonctionnement moins efficace de leurs cabinets.

Dr Scully: Le Collège des médecins de famille est chargé de la formation de ces omnipraticiens une fois acquis leur diplôme en médecine. Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada est responsable de l'accréditation des médecins spécialistes. Ces deux institutions ont instauré des programmes d'accréditation beaucoup plus extensifs que ceux qui étaient autrefois en vigueur dans les hôpitaux d'enseignement. Dans le cadre de ces programmes, les étudiants sont maintenant tenus de passer une bonne part de leur temps — et cette part va d'ailleurs être augmentée — dans des communautés situées au-delà de la zone limitrophe de l'hôpital d'enseignement. Cela devrait permettre de régler un des problèmes que vous avez évoqués.

Nous avons parlé de cela et je sais que vous allez vous réunir avec des représentants des localités et des zones rurales. Ils collaborent d'ailleurs activement aux travaux du groupe de travail II. Nous les avons, en effet, invité à participer pleinement aux discussions et ils participent, avec nous, à l'examen de ce dossier. Encore une fois, cela exige qu'on dégage les moyens nécessaires — et c'est là qu'intervient l'élément financier du problème — car, dans le cadre de ce grand effort pédagogique qu'il nous fait entreprendre, il y a lieu de dédommager financièrement les enseignants pour le temps et l'effort qu'ils consacrent à tout cela ainsi que pour le manque à gagner que cela représente pour eux au niveau de leurs propres activités.

Je pense que, de concert, nous devrions parvenir à régler les sérieux problèmes de répartition que nous constatons actuellement.

Le président: Nous vous remercions des exposés que vous nous avez présentés ainsi que de la patience dont vous avez fait preuve lors des questions.

Le président: Sénateurs, nous accueillons maintenant quatre témoins représentant divers secteurs de la profession infirmière. Nous écouterons d'abord l'exposé de Mme Linda Jones, de la Nurse Practitioners Association of Ontario.

Mme Linda Jones, Nurse Practitioners Association of Ontario: Je tiens d'abord à vous remercier d'avoir invité à comparaître devant le comité la Nurse Practitioners Association of Ontario. La NPAO représente les infirmières praticiennes depuis 1972. En 1970, nous avons présenté, devant un comité du Sénat, un exposé assez comparable à celui que nous allons présenter aujourd'hui sur le rôle de l'infirmière praticienne et sur l'avenir de cette profession. Nous nous retrouvons ici avec plaisir pour examiner les grandes lignes que nous souhaiterions voir imprimer au développement de cette profession.

I have been asked to speak as a past-chair of the Nurse Practitioners Association, and probably because I am located in Ottawa. I have been a nurse practitioner since 1984. I have been a registered nurse much longer than that. I have been involved in the Ontario initiative since its inception. My current hat is as co-investigator with my physician colleague in the Nurse Practitioner Family Physician Collaborative Research Project, which has been sponsored through the Health Canada Transition Fund.

Nurse practitioners are not a new idea. The first initiative for nurse practitioners in Canada began in the late 1960s and early 1970s — primarily related to expanding the role of the registered nurse in rural and remote areas. For many reasons, that particular initiative did not fulfil its potential. As I speak about barriers today, many will ring true to what happened in the sixties and seventies as well.

Following the first initiative, there were about 250 of us who continued to practise. We continued to be politically active. Beginning in the 1990s, new initiatives started. Those initiatives were primarily related to increasing access to primary health care services.

I will begin again by who we are, and I hope that you are able to see the power point presentation. I have asked to be able to present in this manner because I need the laptop to be able to see it with my senior eyes and bifocals. I was also told that you like to write things down so I presented you with both a brief and the slides from the overheads. It is not two different briefs.

The Chairman: I only ask you to focus on the time because we want the opportunity to ask questions.

Ms Jones: I will speak to the Ontario situation because that is what I know well. In Ontario, we are called "registered nurses in the extended class." That is our protected title. The nurse practitioner title is not protected in Ontario.

We are autonomous health care providers working with our own scope of practice. We are experienced registered nurses and have advanced nursing education that allows us to take on an expanded role in which we share knowledge and skills that were primarily restricted to medicine. We provide care to individuals, families, communities and groups, because of our community-based care structure.

Within the expanded role, we provide comprehensive health care. We are authorized, in the Province of Ontario, to communicate a diagnosis of disease and disorders as part of our expanded role; to order laboratory tests, X-rays and ultrasounds; and to prescribe from a limited range of drugs.

On m'a demandé de prendre la parole en tant qu'ancienne présidente de la Nurse Practitioners Association, et sans doute aussi parce que j'habite Ottawa. Je suis infirmière praticienne depuis 1984, mais je suis infirmière autorisée depuis beaucoup plus longtemps que cela. J'ai participé à l'initiative entreprise ici en Ontario depuis le tout début. Je suis actuellement coenquêtrice avec mon collègue médecin dans le cadre du projet conjoint de recherche infirmière praticienne-médecin de famille, financé dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé.

Les infirmières praticiennes ne sont pas une invention récente. Le premier programme remonte, au Canada, à la fin des années 60 et le début des années 70. Il s'agissait essentiellement d'élargir le rôle des infirmières autorisées exerçant dans les zones rurales et les régions éloignées. Pour de nombreuses raisons, ce projet n'a pas donné les résultats escomptés. Quand j'évoquerai, aujourd'hui, les divers obstacles constatés, une grande partie de ce que je vais dire vaudra également pour les années 60 et 70.

Après le premier projet en ce domaine, 250 environ d'entre nous ont continué à exercer ce métier. Nous sommes restées actives politiquement. Au début des années 90, de nouveaux projets ont été lancés. Il s'agissait essentiellement d'améliorer l'accès aux soins primaires.

Je vais dire à nouveau quelques mots pour expliquer ce que nous faisons, et j'espère que vous pourrez lire les tableaux représentant les principaux points de mon exposé. J'ai demandé qu'il me soit permis de procéder ainsi car j'ai besoin de mon portable puisque ma vue a un peu baissé et que je porte des lunettes à double foyer. On m'a également dit que vous aimiez prendre des notes et j'ai donc rédigé un exposé et préparé des diapositives. Mais je précise qu'il s'agit d'un seul et unique exposé.

Le président: Je vous demande simplement de bien vouloir nous laisser le temps de vous poser des questions à la suite de votre exposé.

Mme Jones: Je parlerai de l'Ontario car j'ai une connaissance plus particulière de la situation dans cette province. En Ontario, on nous appelle des «infirmières autorisées de la catégorie élargie». C'est le titre qui nous a été conféré. En Ontario, l'appellation d'infirmière praticienne ne bénéficie d'aucune protection juridique.

Nous sommes des professionnelles autonomes de la santé oeuvrant dans le cadre d'une pratique bien définie. Nous sommes des infirmières autorisées chevronnées et nous avons subi, en sciences infirmières, une formation avancée qui nous permet d'assumer un rôle élargi dans le cadre duquel nous mettons en pratique des connaissances et des aptitudes normalement réservées aux médecins. Nous nous occupons d'individus, de familles, de groupes et de communautés et, de fait, notre action est plutôt ancrée dans la communauté.

Dans le cadre du rôle élargi qui nous est reconnu, nous dispensons toute une gamme de soins de santé. En Ontario, nous sommes ainsi autorisées à transmettre un diagnostic, à commander des tests en laboratoire, des rayons X et des ultrasons et à prescrire certains médicaments.

In our own history in Ontario, we had educational programs up until 1983. Then, in 1993 through the NDP government, the new initiative began. Throughout that time, when there were no programs, we continued to advocate for the role.

With the initiative in 1995, the College of Nurses developed a new class of registration called the RNEC, or extended class. In 1998, our legislation was proclaimed, which allowed us to diagnose, and to prescribe and order laboratory tests, X-rays and ultra sound.

The college initiated an extended class proceedings for the first recipients in 1998. There are now a total of 401 RNECs in the Province of Ontario, with approximately another 25 waiting to be registered this fall.

The educational program for nurse practitioners involves the consortium of all universities that grant nursing degrees in the provinces. This is the first time that nursing has come together to offer one program, and it is based on distance education. Therefore, it is based on supporting nurses in rural and remote areas so that they can take the programs at their nearest university. Much of it is done through the Internet.

There are two streams of education. RNs who already have experience in the extended role are able to enter the program, and receive the certificate with two years' study. The program also offers a baccalaureate entry for a 12-month study. There is now a master's option being indicated at the University of Ottawa and the University of Windsor.

Under the College of Nurses, our registration in extended class is quite extensive involves quite an extensive procedure, so we are well tested to ensure that we have the knowledge and skills to perform our work.

We have competent standards for practice within our certification: the expected level at which we will consult physicians; and the standards for prescribing for the ordering of laboratory tests, X-rays and ultra sounds. Our role is defined and restricted under our standards.

The role of the nurse practitioner, in its 30-year history, has been what I would say, researched to death. The research has always indicated that the nurse practitioner is able to deliver safe, high quality care with high patient satisfaction.

We have seen that our caseloads have increased by 25 per cent to 50 per cent through the delivery of collaborative models in the Ontario pilot projects. We have also seen the decreased use of hospital emergency rooms. With the focus on health promotion and prevention, there have been increased rates related to primary prevention, immunization and secondary prevention, mammography, Pap smear, risk factors, screening, lifestyle and counselling, with the focus being healthy patients, less utilization and lower costs.

Jusqu'en 1983, il y avait, en Ontario, des programmes de formation spécifiques. Puis, en 1993, un nouveau projet fut lancé par l'intermédiaire du gouvernement NPD. Pendant toute cette période, en l'absence de programmes, nous avons continué à défendre notre rôle et le concept sur lequel il est fondé.

Suite au projet lancé en 1995, le Collège des infirmières a instauré une nouvelle catégorie d'homologation dite IACE, ou catégorie élargie. En 1998, le législateur a statué sur notre cas par un texte nous permettant de porter un diagnostic, de prescrire et de commander des tests en laboratoire, des rayons X et des ultrasons.

Le collège instaura une procédure d'homologation qui fut appliquée pour la première fois en 1998. Il y a maintenant, en Ontario, un total de 401 IACE, et 25 autres qui devraient recevoir leur homologation à l'automne.

Le programme de formation à l'intention des infirmières praticiennes a été mis en place par un consortium de toutes les universités qui, dans la province, préparent au diplôme d'infirmière autorisée. C'est la première fois qu'on crée, en sciences infirmières, un programme conjoint. Ce programme est assuré par télé-enseignement. Cela permet aux infirmières des zones rurales et des localités éloignées de s'inscrire auprès de l'université la plus proche. Une grande partie de cela peut se faire par Internet.

Il y a deux filières. Les infirmières autorisées qui ont déjà exercé dans le cadre des fonctions élargies peuvent s'inscrire au programme et recevoir le certificat après deux années d'études. Le programme offre également, aux personnes ayant un baccalauréat, un cursus de 12 mois. L'Université d'Ottawa et l'Université de Windsor permettent également de préparer une maîtrise.

L'homologation, par le Collège des infirmières, des membres de la catégorie élargie, prévoit une procédure très complète permettant de vérifier que les candidats et les candidates ont bien les connaissances et aptitudes nécessaires.

Des normes de pratique prévoient le stade auquel on doit faire appel au médecin; les critères en vertu desquels on peut commander des tests en laboratoire, et prescrire des rayons X et des ultrasons. Notre rôle est clairement défini et circonscrit par les normes régissant notre profession.

Je dirais que depuis l'instauration de cette nouvelle classe de professionnels de la santé, le rôle de l'infirmière praticienne a donné lieu à un nombre remarquable d'études. Ces travaux ont toujours confirmé que l'infirmière praticienne est tout à fait capable de dispenser d'excellents soins de santé, la satisfaction des patients étant là pour en témoigner.

Dans le cadre des programmes de soins conjoints lancés en Ontario en tant que projets pilotes, le nombre de patients a augmenté de 25 à 50 p. 100. Cela a diminué le besoin de recourir aux services hospitaliers des urgences. Nos efforts en matière de pédagogie de la santé et de prévention de la maladie ont permis d'améliorer la prévention élémentaire, le taux d'immunisation et de prévention secondaire, d'accroître le nombre de mammographies, de tests de Papanicolaou, l'identification des facteurs de risque, les mesures de dépistage, les conseils en matière d'exercice, d'alimentation et d'habitudes de travail. En

In Ontario, we have worked primarily in community health centres and nursing stations. There are 401 registered RNECs, most of whom continue to work in community health centres. In 2000, there was some government funding that allowed us to work in family practices, clinics, public health units, long-term care, emergency departments and community programming.

So far, within the province, there has been funding for 125 positions, which was a top-up of positions that were already formed in community health centres. In addition, there was funding for 31 new positions for Aboriginal health access and nursing stations. Then, there was the funding that came out in 2000 to expand our role.

The last point is that of our 401 graduates, 200 of them are under- or poorly employed as nurse practitioners.

Our vision for the future is full integration wherever primary health care is provided through practising within interdisciplinary teams. I have given you an assortment of areas where we feel that our role could best be utilized, and that is explained in the brief.

I use the Ontario examples for lessons learned, and then we will focus on the national situations. One of our first barriers is funding. There is lack of permanent funding with the flexibility to support us in a variety of service models and settings. Initially that funding went to agencies, because there was no mechanism to support us in, for example, fee-for-service practices.

It was incredibly difficult to obtain that funding. Ontario made the process very complicated. Therefore, many rural and remote areas that wished to have nurse practitioner positions, gave up because of the process. There was insufficient consideration of the cost to bring in a new primary provider and for the incentives to move and relocate the provider to remote and rural situations.

When working with fee-for-service physicians, the whole remuneration system discourages the use of NPs. It does not allow for their payment; it means that family physicians need to do most of assessment again, and to bill for that. Plus, it means that if the nurse practitioner comes into the practice, and there is no increase in the number of patient visits, much of the money is being taken from the nurse practitioner in salary.

The existing legislation, although we are incredibly excited about the fact that we now have our own autonomy to do our role, leaves us with barriers. For example, the public hospitals act does not allow us to perform our role in hospitals. We cannot order; we cannot do our work if, for example, we are in the emergency department or ambulatory care. We face a restricted drug list, which does not allow us to fulfil our role in monitoring chronic

veillant ainsi à la santé des patients, on a pu abaisser la demande médicale et, partant, les coûts.

En Ontario, nous travaillons principalement dans les centres de santé communautaires et les postes de soins infirmiers. Il existe dans cette province 401 infirmières homologuées IACE dont la plupart travaillent actuellement dans des centres de santé communautaires. En 2000, le gouvernement a débloqué des crédits nous permettant d'être détachées auprès de cabinets de médecine familiale, de cliniques, de services de santé publique, ou affectées à des soins de longue maladie, des services des urgences et des programmes communautaires.

Jusqu'ici, la province a financé 125 emplois qui viennent s'ajouter aux postes déjà prévus dans les centres de santé communautaires. Ont en outre été créés 31 nouveaux postes dans les centres de soins infirmiers et de santé institués à l'intention des populations autochtones. Il y a également eu, en 2000, les crédits qui ont permis l'élargissement de notre rôle.

Je précise que sur nos 401 diplômées, 200 occupent actuellement des postes qui ne tiennent pas, ou peu, compte de leurs capacités.

Ce que nous voudrions voir à l'avenir c'est l'intégration complète au sein d'une équipe de santé interdisciplinaire pour tout ce qui concerne les soins primaires. J'ai indiqué les activités dans lesquelles nous serions les plus utiles et tout cela est expliqué dans le mémoire.

Je retiendrais les leçons qu'on a pu retirer de ce qui s'est passé en Ontario, puis j'évoquerai ce qui se passe dans les autres régions du pays. Le premier obstacle est de nature financière. Il faudrait à la fois un financement permanent et des modalités d'emploi assez souples pour s'adapter à la géométrie variable de notre pratique. Au départ, les subventions étaient accordées à des organismes car il n'était aucunement prévu que nous exercerions dans le cadre d'un cabinet de médecine libérale avec rémunération à l'acte.

Il a été extrêmement difficile d'obtenir des crédits pour cela. L'Ontario a, on peut le dire, vraiment compliqué les choses. Cette procédure dirimante a découragé beaucoup de zones rurales et éloignées qui auraient bien aimé avoir en poste chez eux une infirmière praticienne. On n'a pas prévu les crédits qui auraient permis de créer des postes et d'inciter des infirmières praticiennes à aller exercer dans des zones rurales ou éloignées.

Le système de rémunération des médecins de pratique libérale décourage le recours à des IP. Il ne prévoit pas leur rémunération; cela veut dire que les médecins de famille sont obligés de refaire presque entièrement l'examen médical et de facturer en conséquence. Cela veut également dire que si l'arrivée de l'infirmière praticienne dans le cabinet médical ne s'accompagne pas d'une augmentation du nombre de patients, le salaire de l'infirmière praticienne s'en ressentira.

La nouvelle législation, même si nous sommes extrêmement contentes de l'autonomie qu'elle nous reconnaît dans le cadre de nos fonctions, laisse subsister un certain nombre d'obstacles. Ainsi, la loi sur les hôpitaux publics ne nous permet pas d'exercer dans les hôpitaux. Nous ne pouvons pas prescrire; nous ne pouvons pas, dans un service des urgences ou de soins ambulatoires, faire les actes pour lesquels nous avons été formées.

illnesses because we cannot renew medication. Even though we are very excited about the legislation, there are still limits.

Medico-legal responsibilities related to shared decision making is extremely important, in terms of both nursing and medicine needing to look at what it means to work in the interdisciplinary teams and what it means to share liability. This is a major barrier to us. Our family physicians are anxious about consulting with nurse practitioners if they do not have clear understanding of liability.

We have systemic barriers within our own systems. For example, although we have skills and knowledge to refer to medical specialists, the current payment system under OHIP does not give a specialist the full consulting fee if the referral comes from nurse practitioners. Therefore, they decline our referrals.

Nurse practitioners and nursing have not been equal participants in the planning and delivery of primary health care services. Our nurse practitioner initiative in Ontario, although we have made great strides, was never part of an overall plan for health human utilization, which we clearly need. These are barriers that have been local to Ontario, but you can see that the issues can be applied to the rest of Canada.

We are fighting for permanent funding for our educational programs. That still has not been achieved. Education of health providers does not prepare our graduates for interdisciplinary work. Working in collaboration with interdisciplinary teams is not innate. We need educational programs and preparation for that kind of work.

Lack of understanding by employers results in the inappropriate use of our role. For many people who applied for funding — many employers who were under-resourced — it sounded just wonderful, the idea of bringing a primary health care NP into a role that was not at all designed to take advantage or the full scope of practice for nurse practitioners.

A very important last point is the lack of public understanding of the role, impacts and utilization of nurse practitioners. If we are seen as physician replacements — you cannot see your family doctor, you must see your nurse practitioner instead — that will not enhance or increase public acceptance of us.

Nurse practitioners are strongly committed to the Canada Health Act and its five principles. We are, basically, primary health care nurse practitioners who support the principles of primary health care. Under the Canada Health Act, in 1984, a window of opportunity was opened when it mentioned “funding to health care providers,” rather than restricting funding only to

La liste restreinte des médicaments que nous pouvons prescrire nous empêche de jouer pleinement notre rôle lorsque nous suivons un malade chronique car nous ne sommes pas autorisées à renouveler son ordonnance. Oui, cette nouvelle législation nous paraît très prometteuse mais des obstacles subsistent.

Le travail au sein d'équipes interdisciplinaires entraîne nécessairement un partage des responsabilités médico-juridiques et cela est un aspect très important de la collaboration entre les médecins et les infirmières. Cela constitue, pour nous, un obstacle de taille. Les médecins de famille hésitent, lorsqu'ils ne comprennent pas très bien cette question de responsabilité, à collaborer avec des infirmières praticiennes.

Au sein même de notre système, il y a des barrières systémiques. C'est ainsi que bien que nous possédions les connaissances et les aptitudes permettant d'adresser un patient à un spécialiste, le système de rémunération appliqué par le RAMO verse aux spécialistes des honoraires de consultation moins élevés si le patient leur est adressé par des infirmières praticiennes. Ils ont donc tendance à refuser les patients que nous leur envoyons.

Ni les infirmières praticiennes, ni la profession infirmière dans son ensemble n'a été admise à titre de partenaire égal au sein des services de soins primaires. Pas plus au niveau de la planification, qu'à celui des soins dispensés. En Ontario, les projets qui ont été lancés ont permis de faire de grands progrès, mais sans donner aux infirmières praticiennes le rôle qui leur reviendrait si l'on faisait enfin une utilisation rationnelle des compétences humaines dans le domaine de la santé. Il s'agit là d'obstacles propres à l'Ontario mais, comme vous le comprenez, il s'agit aussi de problèmes qui existent à l'échelle nationale.

Nous demandons que nos programmes de formation fassent l'objet d'un financement permanent. Or, cela ne s'est pas encore fait. La formation actuelle des personnels soignants ne les prépare aucunement à l'interdisciplinarité. L'aptitude au travail au sein d'équipes interdisciplinaires n'est pas une caractéristique innée. Cette aptitude se développe dans le cadre de programmes de formation et d'apprentissage.

Notre rôle est mal connu des employeurs, ce qui fait qu'on ne sait pas comment nous utiliser correctement. Ceux qui ont sollicité une subvention — il s'agissait souvent d'employeurs qui n'avaient aucune marge financière — voyaient d'un très bon oeil cette chance de s'attacher une infirmière praticienne même si c'était pour lui confier un rôle qui correspondait mal à la formation très poussée qu'elle avait reçue.

J'ajoute que le public connaît mal, lui aussi, le rôle et la formation des infirmières praticiennes. Le fait d'être parfois perçues comme des médecins suppléants — votre médecin de famille ne peut pas vous voir, adressez-vous à l'infirmière praticienne — n'est pas de nature à améliorer la manière dont nous sommes perçues par la population.

Les infirmières praticiennes adhèrent intégralement à la Loi canadienne sur la santé et aux cinq principes qui y sont exposés. Nous dispensons des soins primaires dans le respect des principes applicables à ce type de soin de santé. En 1984, la Loi canadienne sur la santé a créé une possibilité en prévoyant l'octroi de subventions aux professionnels de la santé, de manière générale,

physicians. That door needs to stay open to allow the functioning of interdisciplinary teams.

We need legislative and policy changes at the national level to remove barriers that impede utilization. Again, another solution would be, joint nursing and medical directives related to liability with shared decision making. Both of our protective societies must put their heads together to develop guidelines and directives that clearly speak to interdisciplinary work.

In terms of long-term funding, a good strategy is part of well thought out health human resource planning. That is what this commission is all about. It allows for a flexible and supportive way for a wide variety of settings in which we will be able to do our work. It will be comprehensive, equitable and separate from MD funding — certainly not tied to it.

We would also be best supported by changes in physician funding such as alternate plans, compensation for consultation and changes in the specialist referral funding.

Currently, the nurse practitioner initiatives are being incorporated in seven provinces and three territories, at various stages of implementation. The good news is that nurse practitioners are generalists, so we can be used to solve local problems. The bad news is that we now need national standards. There needs to be a national way to identify nurse practitioners, a national certification exam and the protection of the title.

We need, as with family physicians, to come up with retention and recruitment strategies to encourage nurse practitioners to work in remote and rural areas. There needs to be interdisciplinary collaborative education and education on collaboration. We need a broad-based public education program to increase understanding and acceptance of the role.

I have talked about the past, present and the future possibilities of the role of NPs. I have focussed on Ontario in my discussion of the barriers. I have offered some possible national solutions. The goal of primary health care nursing — be they primary health care nurse practitioners or our other colleagues in public health — is to assist Canadian families, groups and communities to attain and maintain optimum health. To do this well, we wish for full integration into the primary health care system, so that our role is fully utilized. Thank you.

et non plus aux seuls médecins. Il faut que cette possibilité soit maintenue si l'on veut pouvoir effectivement constituer des équipes interdisciplinaires.

Il faudra donc qu'à l'échelon national soient introduites des modifications de la loi et des politiques applicables afin d'éliminer les obstacles qui s'opposent à une utilisation rationnelle de nos compétences. Une autre solution consisterait à élaborer des directives communes aux infirmières et aux médecins en ce qui concerne la responsabilité découlant d'une décision conjointe. Nos ordres professionnels doivent se concerter afin d'élaborer des lignes directrices et des directives spécialement adaptées au travail interdisciplinaire.

Au niveau des financements à long terme, une stratégie devrait être intégrée à la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé. C'est l'objet même de cette commission. Elle permet une diversité de modes d'intervention dans les divers genres de situations où nous pourrions exercer notre métier. Je parle là d'un financement global, équitable et distinct des crédits affectés aux médecins et je dirais même entièrement indépendant de ces crédits.

Il serait bon, en outre, d'apporter certains changements aux règles régissant les crédits à l'intention des médecins, tels que les régimes facultatifs, les honoraires de consultation et la manière dont sont remboursées les visites de patients adressés à un spécialiste par une de nos praticiennes.

Des projets impliquant des infirmières praticiennes sont actuellement en cours dans sept provinces et trois territoires ou leur mise en oeuvre est plus ou moins avancée. Une bonne chose est le fait que les infirmières praticiennes sont des généralistes ayant des compétences adaptées à la diversité des problèmes qui surgissent localement. L'inconvénient est qu'il nous faudrait élaborer des normes nationales. Il faut instituer une procédure nationale d'homologation des infirmières praticiennes, prévoir un examen national d'homologation et la protection juridique de cette appellation.

Comme pour les médecins de famille, il nous faut adopter des stratégies permettant de recruter et de retenir, dans les zones rurales et éloignées, des infirmières praticiennes. Il faut à la fois renforcer le caractère interdisciplinaire des études et initier les gens au travail en collaboration. Afin d'améliorer auprès du public et des structures de santé la compréhension et l'acceptation du rôle auquel nous avons été formées, il faut lancer des actions pédagogiques auprès de la population.

Évoquant le rôle des infirmières praticiennes, j'ai rappelé le passé, évoqué l'avenir et décrit le présent. J'ai insisté sur la situation en Ontario lorsque j'ai parlé des obstacles auxquels nous continuons à nous heurter. J'ai ébauché quelques idées en vue de solutions nationales. Les infirmières praticiennes et leurs autres collègues de la santé publique ont pour mission d'aider, au niveau des soins primaires, les familles canadiennes, les groupes et les communautés, à retrouver la santé et à la conserver. Pour pouvoir mener à bien cette tâche, il faut que nous soyons beaucoup plus étroitement intégrées au réseau de soins primaires afin que nos compétences soient utilisées au mieux. Je vous remercie.

The Chairman: Thank you for your presentation and for verifying my earlier comments about the silo nature of the various parts of the health care profession.

Our next witness is Mr. Régis Paradis, President of the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec.

[Translation]

Mr. Régis Paradis, President, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: On behalf of the Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, I would like to thank you for this opportunity to express our position in relation to the study you are currently conducting.

First, the profession of auxiliary nurse was created in Quebec in 1973 and recognised as a professional body or corporation by the Quebec code of professions. Our order currently has over 16,000 members. However, only one third of those 16,000 members hold permanent positions.

The majority of our members are women, with an average age of 43.3. Auxiliary nurses work in all areas of health care, particularly in short-term and long-term services. However, they are almost completely absent from homecare services as provided by local health community centres.

We consider, however, that our training fully prepares us to assume a larger role in that area, and we shall come back to that thorny issue a little later in our presentation. As you pointed out in your first report, health is a national priority reflecting the concerns of Canadians. The universality of health care is considered a fundamental value by about 85 per cent of the population.

In Quebec 88 per cent of the population consider that our health care system should remain public, free-of-charge and universal. The population of Canada is aging and increasingly requires health care services, thus placing enormous pressure on sources of public funding. Health care costs are rising at a significantly faster rate than economic growth.

For a number of years the provinces have consistently expressed concerns about their ability to meet the expectations of the public with respect to health care. We see that Canadians are increasingly dissatisfied with the availability of health care, given the level of taxes they pay.

In our view, the federal government has also contributed to the worsening of this problem, particularly through its decision in the 1990s to reduce its commitments by significantly lowering transfer payments to the provinces.

The effect of these measures was to increase the provincial contribution to public health spending. The Quebec Minister of Finance estimates that the cumulative shortfall resulting from federal transfer cuts to Quebec amounted to \$16 billion between 1982 and 1999. Under the Established Programs Financing

Le président: Je vous remercie de votre exposé et je vous suis gré d'avoir confirmé ce que je disais plus tôt quant à l'imbrication des diverses spécialisations en matière de soins de santé.

Nous accueillons maintenant M. Régis Paradis, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

[Texte]

M. Régis Paradis, président, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec: Au nom de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec, je suis heureux que vous nous donniez l'opportunité de donner notre point de vue dans le cadre de vos travaux.

Tout d'abord, la profession d'infirmière auxiliaire au Québec a été créée en 1973 et reconnue comme ordre professionnel par le Code des professions du Québec. Actuellement, l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec compte plus de 16 000 membres. Cependant, il faut savoir que seulement le tiers de ces 16 000 membres occupent un poste permanent.

Cette profession est composée majoritairement de femmes dont la moyenne d'âge est de 43,3 ans. Les infirmières auxiliaires oeuvrent dans toutes les équipes de soins, principalement en soins de courte durée et en soins de longue durée. Cependant, elles sont pratiquement absentes du secteur des soins à domicile à l'intérieur des centres locaux de santé communautaire.

Pourtant, on estime que notre formation nous prépare pleinement à jouer un rôle plus important à ce niveau, mais nous reviendrons à cette épineuse question un peu plus tard dans notre présentation. Comme vous l'avez souligné dans votre premier rapport, la santé est une priorité nationale qui rejoint les préoccupations de la population. L'universalité des soins est d'ailleurs une valeur fondamentale pour près de 85 p. 100 des Canadiens.

Au Québec, 88 p. 100 de la population considère que notre système de santé doit demeurer public, gratuit et universel. La population canadienne vieillit et requiert de plus en plus de soins de santé, ce qui a pour effet d'exercer une pression énorme sur les finances publiques. L'accroissement des dépenses pour les services de santé tend d'ailleurs à excéder nettement celui de la croissance de l'économie.

Les provinces ont manifesté depuis plusieurs années leur préoccupation constante quant à leur capacité de répondre aux attentes de leurs citoyens en matière de soins de santé. Cela s'est traduit par une insatisfaction croissante de la population quant à l'accessibilité aux soins de santé, compte tenu des impôts qu'ils paient.

Le gouvernement fédéral a également contribué, selon nous, à l'aggravation de cette problématique, notamment en réduisant considérablement, dans les années 90, ses engagements en procédant à une réduction très importante de ses paiements de transfert aux provinces.

Ces mesures ont eu pour effet d'accroître la contribution des provinces aux dépenses publiques de santé. Le ministère des Finances du Québec estime que le manque à gagner cumulatif résultant des coupures dans les transferts fédéraux au Québec s'établiraient à 16 milliards de dollars entre 1982 et 1999. La

formula, initially in 1976 the federal share was 50 cents for every dollar contributed, but it has been gradually reduced, and by 2005 will account for only 12 per cent of total public health spending in Quebec.

Even if the federal government had to take various steps to put its fiscal house in order, we believe that the cuts have been too drastic, carried out without meaningful consultation and also without taking into account the real needs of the public.

While we cannot assess the real will of the federal government, we consider that if it wishes to propose and fund a national homecare program, it must be more respectful of the constitutional jurisdiction of the provinces in the area of health care.

In addition to these constitutional considerations and the organisation of service delivery, we believe that Canada must invest more money in the health care system.

We consider that the experience of Canadians and particularly Quebecers over the past ten years has been quite different from that of people living in other OECD countries. The changes in the Canadian health care system confirm the feeling people have that the services offered to them are deteriorating, particularly when we see, as has been the case in Quebec, that Canadians have to go to the United States for health care.

It is to be expected that we will compare our situation with that of other countries. We must remember that in 1977 Americans spent, as a proportion of their GDP, 56 per cent more than Canadians, notwithstanding the fact that in the year in question their GDP per capita was 25 per cent higher than Canada's.

This could be one of the factors explaining the exodus of doctors and nurses, attracted by the quality of the medical infrastructure and the financial and tax benefits offered by the U.S.

We believe that in its basic principles, the health care system meets the expectations of Canadians, even though there are some irritants which lead us to make comparisons with our neighbours to the south, but these do not necessarily give the whole picture.

However, a recent World Health Organisation report indicates that the U.S. system is inefficient despite the financial resources invested in it.

The United States is ranked first in the world as regards health spending per capita but 37th in terms of the overall performance of its health care system, and 72nd in relation to established standards for measuring the general level of health of the population.

We agree that there is a shortage of nurses. However, we consider that the extent to which this is due to inadequate organisation of nursing care has not been studied in detail. Last

contribution monétaire fédérale qui était à l'origine, en 1976, dans le Financement des Programmes Établis de cinquante cents pour un dollar de contribution totale, s'est réduite peu à peu et ne représentera que 12 p. 100 du total des dépenses publiques pour la santé au Québec en 2005.

Même si le gouvernement fédéral devait prendre diverses mesures en vue de rétablir ses finances publiques, nous estimons que les compressions budgétaires ont été trop drastiques, sans véritable consultation et, également, sans tenir compte des besoins de la population.

Tout en ne pouvant pas mesurer la volonté réelle du gouvernement fédéral, nous sommes d'avis que s'il désire proposer et financer un programme national pour les services de santé à domicile, il devra être davantage respectueux de la compétence constitutionnelle des provinces en matière de santé.

Au-delà des questions constitutionnelles et des modes d'organisation de prestations des services, nous croyons que le Canada doit investir des ressources financières additionnelles dans le système de santé.

Nous contentons que l'expérience vécue par les Canadiens et tout particulièrement les Québécois, au cours de dix dernières années, a été toute autre que celle vécue par la population des autres pays de l'OCDE. Cette évolution du système de santé canadien accentue le sentiment de la population sur le fait que les services qui leur sont offerts se détériorent et ce, tout particulièrement lorsque les patients sont contraints, comme on l'a vu au Québec, à se rendre aux États-Unis pour recevoir des soins de santé.

Il est tout à fait normal de comparer notre situation à celle existant dans d'autres pays. Il faut se rappeler que les Américains consacraient aux dépenses de santé par rapport à leur PIB, en 1977, 56 p. 100 de plus que ne le font les Canadiens et ce, sans compter sur le fait qu'ils disposaient d'un PIB par personne de 25 p. 100 supérieur à celui des Canadiens pour la même année.

C'est l'un des facteurs ayant pu favoriser l'exode de médecins et d'infirmières, notamment attirés par la qualité des infrastructures médicales ainsi que par les avantages financiers et fiscaux.

Ainsi, nous croyons que dans ces principes de base, le système de santé répond aux attentes des Canadiens et des Québécois même si certains irritants nous amènent à faire des comparaisons avec notre voisin américain qui ne tient pas compte de l'ensemble de la problématique.

Pourtant, un récent rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé montre que le système américain manque d'efficacité en dépit des ressources financières qui y sont consacrées.

En effet, les États-Unis se situent au premier rang de tous les pays en ce qui concerne les dépenses de santé par personne, mais se retrouvent au 37^e rang concernant la performance globale de son système de santé, et au 72^e rang pour les critères établis pour mesurer le niveau général de santé de population.

Pour ce qui est des pénuries d'infirmières, nous convenons qu'il en existe. Par contre, nous considérons que la portion des pénuries attribuables à une organisation déficiente des soins infirmiers n'a

year the Conference of Ministers of Health decided to address the issue.

As result of this initiative, by the fall of 2000 a national study should have been underway funded by the Human Resources Development Canada focussing on the employment market for auxiliary and psychiatric nurses. We are concerned about the delays in the initial timeframe, as we believe it essential that such a study be conducted at the national level.

We also consider that the skills of Quebec auxiliary nurses are not being fully used. The number of registered nurses in relation to the number of auxiliary nurses has consistently increased over the past twenty years. Various reasons have been given to explain this trend: more people needing care, more sophisticated technology, changes in health care delivery methods, greater independence, versatility, et cetera.

There are few studies which have seriously documented the impact of registered nurses replacing auxiliary nurses. However, hospital administrators are acting as if it had been clearly proven that there are greater benefits to using registered nurses, regardless of the type of care to be provided.

Registered nurses, with whom we work in our professional capacity, provide the care patients require. We consider it reasonable to expect that auxiliary nurses be used with respect and as effectively as possible by hospital managers and those in charge of nursing care.

In March 2000 the Quebec Department of Health and Social Services undertook an in-depth planning study on auxiliary nurses. The mandate of the committee is to analyse future needs for auxiliary nurses as well as the projected supply of new graduates in this area over the next fifteen years.

The task force found that 1,555 new auxiliary nurses must qualify each year in order to meet new demands and replace those who decide to leave. Currently the average annual number of auxiliary nursing graduates is 476. It is projected therefore that there will be an annual shortfall of 679 auxiliary nurses in the Quebec health system between the years 2000 and 2015. The Department of Education will therefore have to increase by 900 to 1000 the number of people registered in the basic program for auxiliary nurses.

The organisation of nursing care is the responsibility of the institutions concerned. However, the Department of Health and Social Services projects a change in the past twenty-year trend which has seen auxiliary nurses being replaced by registered nurses. In coming years, instead of observing an increase in the proportion of registered nurses to auxiliary nurses, we expect to see a reduction. This means significant changes in the

pas été étudiée à fond. L'an dernier, la Conférence des ministres de la santé du Canada a décidé de se pencher sur ce problème.

Cette initiative devait d'ailleurs permettre la réalisation d'une étude nationale, dès l'automne 2000, financée par Développement des ressources humaines Canada, devant porter sur le marché de l'emploi des infirmières auxiliaires et des infirmières psychiatriques. Nous sommes inquiets des retards que nous constatons sur l'échéancier prévu initialement, car nous considérons essentiel qu'une telle étude soit entreprise à l'échelle nationale.

Nous considérons également que les compétences des infirmières auxiliaires québécoises ne sont pas utilisées au maximum. Le nombre d'infirmières par rapport à celui des infirmières auxiliaires n'a cessé de croître au cours des 20 dernières années, et ce pour divers motifs. Plusieurs raisons ont été invoquées pour l'expliquer cette tendance de fond: l'alourdissement de la clientèle, les technologies plus sophistiquées, les modes de prestation de soins, l'autonomie, la polyvalence, et cetera.

Peu d'études ont documenté sérieusement l'impact de ces facteurs sur la substitution des infirmières auxiliaires par des infirmières. Pourtant, des administrateurs d'établissements agissent comme si la preuve était faite qu'il était plus avantageux d'utiliser des infirmières, quelle que soit la nature des soins à dispenser.

Les infirmières avec qui nous entretenons une collaboration professionnelle dispensent les soins requis par les patients. Il nous semble raisonnable de réclamer que les infirmières auxiliaires soient utilisées de manière optimale et avec respect, de la part des gestionnaires d'établissements et des responsables des soins infirmiers.

Le ministère de la Santé et des services sociaux du Québec a entrepris une démarche rigoureuse de planification de la main-d'œuvre infirmière auxiliaire en mars 2000. Ce comité a pour mandat d'analyser les besoins futurs d'infirmières auxiliaires, et également l'offre prévisible de nouveaux diplômés pour les 15 prochaines années.

Le groupe de travail estime qu'il faudra admettre à la profession 1 155 infirmières auxiliaires annuellement pour répondre aux nouveaux besoins et aux remplacements attribuables aux départs du personnel en place. Le nombre moyen annuel de nouveaux diplômés est actuellement de 476. On prévoit donc une pénurie annuelle de l'ordre de 679 infirmières auxiliaires dans le réseau de la santé au Québec entre 2000 et 2015. Le ministère de l'Éducation devra donc relever d'environ 900 à 1 000 le nombre d'inscriptions dans le programme de base des infirmières auxiliaires.

L'organisation des soins infirmiers relève de la responsabilité des établissements. Or, le ministère de la Santé et des services sociaux prévoit un changement dans la tendance observée depuis 20 ans dans le remplacement des infirmières auxiliaires par des infirmières. Dans les prochaines années, au lieu de constater une hausse de la proportion infirmières/infirmières auxiliaires, nous devrions voir une chute relative de ce rapport. Ceci implique des

management of nursing care and in the way institutions operate. Such changes have yet to be implemented.

Our professional body considers that auxiliary nurses should be given the responsibility to provide the care for which they have been trained. They are legally qualified to do so and even to increase their areas of involvement. Such an approach would make it possible to make more effective use of all health professionals, particularly registered nurses who would be better able to assume management responsibilities and care services requiring more advanced training.

The training, which is provided by school boards under vocational training programs, is devoted exclusively to nursing care. It takes 1,800 hours over two years, and requires a secondary school diploma for admission. There is a theoretical component covering 885 hours, and a practical component of 915 hours.

It can be seen that the professional training of auxiliary nurses in Quebec compares very favourably with that of other provinces, which generally require a one-year program following secondary school.

In view of this, it is difficult to understand why the proportion of registered nurses to auxiliary nurses is far higher in Quebec than in Ontario and the United States. The most recent data indicate that in Quebec in 1999 the proportion was four to two, compared to three to three in Ontario, and three to zero in the United States for the year 1998.

If Quebec had the same proportion as Ontario, it would now have almost 4,500 more auxiliary nurses, which would lead to savings of approximately \$50 million annually.

Home support services are underdeveloped and underfunded in Quebec compared to Ontario and the rest of Canada. In 1997 Quebec allocated 2.4 per cent of spending to that area, whereas the figures for Ontario and the rest of Canada were 5.3 per cent and 4.0 per cent respectively. In terms of spending per capita, Quebec is below the Canadian average even though in 1997 the number of people using the service per 1,000 inhabitants was twice as high as in the rest of Canada.

There remains a lot of work to be done in Quebec in this area. With a proportion of 49 to one in favour of registered nurses to auxiliary nurses, the latter are almost absent from health care. However, in Ontario and the United States, where the proportion of registered nurses to auxiliary nurses is three to one, auxiliary nurses are heavily involved in home support services.

In view of the high standards of professional training given to our members, we believe that the use of auxiliary nurses in the provision of home support services would be a logical and financially advisable option.

We consider that auxiliary nurses could provide nursing care which might be less complicated but equally necessary to the health of the patient, whereas registered nurses could make more

changements importants dans la gestion des soins infirmiers et dans les façons de faire des établissements, des changements qui ne sont pas encore faits.

Pour l'Ordre, il faut laisser aux infirmières auxiliaires la responsabilité de dispenser les soins pour lesquels elles ont été formées. Elles sont légalement habilitées à intervenir et même à accroître leur champ d'intervention. Une telle approche permettait d'utiliser plus efficacement l'ensemble des professionnels de la santé, notamment les infirmières qui pourraient davantage assumer des responsabilités de gestion et de soins nécessitant une formation plus poussée.

Dispensée par les commissions scolaires dans le cadre des programmes d'enseignement professionnel, la formation, exclusivement consacrée aux soins infirmiers, est d'une durée de 1 800 heures, réparties sur deux ans, après l'obtention d'un diplôme d'études secondaires. Il s'agit d'une formation théorique de 885 heures et une formation pratique de 915 heures.

Ainsi, on peut affirmer que la formation professionnelle des infirmières auxiliaires québécoises se compare très avantageusement à celle de ces consœurs des autres provinces, qui est généralement d'une durée d'un an après le secondaire.

Dans un tel contexte, il est difficile de comprendre que la proportion infirmière/infirmière auxiliaire est nettement plus élevée au Québec qu'en Ontario et aux États-Unis. Selon les données les plus récentes, la proportion infirmière/infirmière auxiliaire était de 4,2 pour l'année 1999 au Québec, comparativement à 3,3 en Ontario et de 3,0 en 1998 aux États-Unis.

Si le Québec avait une proportion égale à celle de l'Ontario, on compterait actuellement près de 4 500 infirmières auxiliaires de plus au Québec, ce qui se traduirait par une économie appréciable d'environ 50 millions de dollars annuellement.

Les services de maintien à domicile sont sous-développés et sous-financés au Québec par rapport à l'Ontario et au Canada. En 1997, le Québec consacrait 2,4 p. 100 de son budget à ce service comparativement à 5,3 p. 100 en Ontario, et à 4 p. 100 dans l'ensemble du Canada. Au Québec, on dépense par personne moins d'argent que la moyenne canadienne, même si on comptait, en 1997, près de deux fois plus d'utilisateurs par 1 000 habitants comparativement au reste du Canada.

Il y a beaucoup à faire au Québec dans ce secteur. Les infirmières auxiliaires y sont pratiquement absentes, puisque la proportion infirmières/infirmières auxiliaires au Québec est de 49 contre 1. Pourtant, les infirmières auxiliaires ontariennes et américaines sont fortement impliquées dans le secteur des services de maintien à domicile. Le rapport infirmières/infirmières auxiliaires est d'environ 3 contre 1 en Ontario et aux États-Unis.

Vu la qualité de la formation professionnelle de nos membres, nous croyons que l'utilisation des infirmières auxiliaires dans les services de maintien et de soins à domicile serait une option logique et pertinente du point de vue financier.

Selon nous, l'infirmière auxiliaire pourrait dispenser des soins infirmiers moins complexes mais tout aussi nécessaires à la santé du patient, alors que l'infirmière pourrait davantage se servir de

use of their professional skills helping patients with more complex problems.

In conclusion, training is clearly a provincial responsibility and must remain so. However, policy and administrative decision makers, as well as Canadians in general, must be able to assess the consequences of the choices made.

However, we need reliable and well-documented interprovincial data on the performance and effectiveness of the health care system, particularly as regards home support services.

The Canadian Institute on Health information is an example of what can be done. The work done by Human Resources Development Canada is also important as it provides an overall assessment of the problem of human resources in a given area. Of course, planning for human resource requirements in the area of health care and careful management of public funds are essential.

However, there is no doubt that the federal and provincial governments must agree to reinvest significantly in the health care system so as to better meet the current needs of Canadians and address those new challenges facing the delivery of quality health care in this country.

[English]

The Chairman: Thank you Mr. Paradis. Next we will hear from Ms Kathleen Connors, President of the Canadian Federation of Nurses Unions.

Ms Kathleen Connors, President, Canadian Federation of Nurses Unions: The Canadian Federation of Nurses Unions is the largest organization representing nurses in Canada. We were founded in 1981 and today our membership comprises every provincially based nurses' union, except Quebec.

We are governed by an unpaid, elected board of top officers of member unions, and the president and secretary-treasurer of the Canadian Federation of Nurses Unions must stand for election every two years.

We currently represent 118,000 nurses, including registered nurses, licensed practical nurses and registered psychiatric nurses. Our members work in hospitals, in long-term care, in our communities and in our homes. One of our missions is to give voice to nurses and patients concerned, when they are discussed here on Parliament Hill and in the national media.

We also take very seriously the protection and improvement of medical system, which was built by our parents and grandparents, and which has served my generation of Canadians and our children so well. I must also say that we are distinguished here from my other colleagues through the fact that we are the

ses compétences professionnelles auprès de patients qui ont des problèmes plus complexes.

En conclusion, il nous semble évident que la formation est une responsabilité provinciale et qu'elle doit le demeurer. Par contre, il est nécessaire que les responsables politiques et administratifs, ainsi que population, soient en mesure d'évaluer les conséquences de leurs choix.

Toutefois, il est nécessaire de disposer de données interprovinciales fiables et documentées sur la performance et l'efficacité du système de santé, et tout particulièrement sur les services de maintien à domicile.

L'Institut canadien d'information sur la santé est un exemple de ce qui peut être fait. De plus, le rôle joué par Développement des ressources humaines Canada est important, car il permet de porter une évaluation globale du problème des ressources humaines dans un secteur. Certes, il faut bien planifier les ressources humaines qui seront requises dans le domaine de la santé, et gérer rigoureusement les fonds publics.

Cependant, il n'y a pas de doute que le gouvernement fédéral et les provinces doivent s'entendre pour réinvestir des sommes importantes dans le système de santé, afin de mieux répondre aux besoins actuels de la population, et de faire face aux nouveaux défis qu'il faudra relever pour continuer d'offrir des soins de qualité à la population.

[Traduction]

Le président: Merci, monsieur Paradis. Nous allons maintenant écouter Mme Kathleen Connors, présidente de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières.

Mme Kathleen Connors, présidente, Fédération canadienne des syndicats des infirmières et infirmiers: La Fédération canadienne des syndicats d'infirmières est la plus grande organisation regroupant des infirmières et des infirmiers au Canada. Notre association a été créée en 1981 et regroupe tous les syndicats provinciaux d'infirmières sauf ceux du Québec.

Nos dirigeants, tous des bénévoles élus parmi les principaux dirigeants des syndicats-membres, et le président et secrétaire trésorier de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières doivent, tous les deux ans, briguer le renouvellement de leur mandat.

Nous représentons actuellement 118 000 infirmières, y compris les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières psychiatriques autorisées. Nos adhérents travaillent aussi bien dans les hôpitaux, dans les services de soins de longue durée, à domicile ou, de manière plus générale, au sein de nos communautés. Il nous incombe, entre autres missions, de faire entendre la voix des infirmières, des infirmiers et des patients à chaque fois que leur situation est évoquée ici sur la colline parlementaire ou dans la presse nationale.

Nous nous intéressons de très près à la protection et à l'amélioration du système médical édifié par nos parents et nos grands-parents, un système qui a si bien servi les gens de ma génération ainsi que nos enfants. Ce qui nous distingue ici de nos autres collègues, c'est que nous sommes un organisme fédératif

umbrella organization that delivers the wages and benefits to nurses across the country.

A great deal has been said lately about the issue of sustainability. We have heard the word used often when politicians talk about our public health care system. I know we will hear much more. Curiously, we do not hear it used when we talk about the people who make up the system. No one is asking, "Can we sustain doctors and the administrative staff?" No one is asking, "How can we sustain the nurses who provide 80 per cent of the actual health care in this country?"

We talk about these systems as if they were things instead of real people who are doing their best to take care of people who are recovering, injured, sick or dying. My colleagues in the Canadian Federation of Nurses Unions have asked me to emphasize the point that sustainability must begin with the people who provide the care.

Today, Canada is suffering a nursing shortage that regularly closes emergency rooms and shuts operating rooms. The shortage has cut services in nursing homes and community health care settings, as well. The shortage has wreaked havoc on our positive human resource practices. While the best-run government agencies and businesses have become more flexible with their employees and flatter in their hierarchies, health care employers have become regular coerces of nurses. It saddens me to have to say this to you.

They regularly require nurses to work overtime, even when the nurses have small children of their own at home. Shifts piling on top of each other take their toll on nurses who might be taking care of your mom or your child. In some cases, we are doing so having worked more than 60 hours in the week.

Administrators have forced us, as nurses, to cancel our vacations. Flight attendants have mandatory time off, but nurses do not. In the end, that is not good for nurses and it definitely is not good for those for whom we care.

The whole issue in all of this is sustainability. It is a sad fact that nurses are sicker than any other worker in the country. In fact, 8.4 per cent of nurses are absent from work due to illness each week. That is twice the national average. Nurses are quitting their jobs at a remarkable rate. A five-country study of 43,000 nurses found that one in six Canadian nurses working in hospitals plan to quit in the next year. Even worse, among nurses under the age of 30, that figure rises to almost one in three. High rates of illness and turnover leaves a 10 per cent vacancy rate in nursing. You find that nearly 20 per cent of nursing care is being provided on overtime by tired — frequently exhausted — nurses.

qui plaide la cause des infirmières du Canada notamment au niveau de la rémunération et des avantages sociaux.

On s'est beaucoup interrogé, ces derniers temps, sur la viabilité de notre système de santé. Ce mot a souvent été employé par des responsables politiques évoquant notre système de santé publique. Je sais que le débat n'est pas clos. Ce qui est curieux c'est que ce mot n'est jamais utilisé lorsqu'on parle des intervenants, c'est-à-dire des éléments essentiels du système. Personne ne se demande «Pouvons-nous continuer à payer les médecins et les personnels administratifs?». Personne ne demande «Pouvons-nous continuer à payer les infirmières qui assurent 80 p. 100 des soins de santé au Canada?»

Quand on parle de ces systèmes, on en parle comme s'il s'agissait de choses inanimées et non pas d'êtres humains qui font de leur mieux pour prendre soin de personnes qui sont en convalescence, ou bien qui ont été blessées ou qui sont malades ou mourantes. Mes collègues de la Fédération canadienne des syndicats d'infirmières m'ont demandé de bien insister sur l'idée que la viabilité de notre système de santé dépend des personnes qui dispensent les soins.

Aujourd'hui, le Canada souffre d'une pénurie d'infirmières, ce qui entraîne régulièrement la fermeture de services des urgences et de blocs opératoires. Cette pénurie a également réduit les services dispensés dans le cadre de maisons de santé et de centres de santé communautaires. Cette pénurie a fait des ravages au niveau de la manière dont sont traitées les ressources humaines. À une époque où les organismes gouvernementaux et les entreprises les mieux gérées ont assoupli leurs attitudes envers leurs employés et atténué les structures hiérarchiques, dans le domaine des soins de santé, ils ont, au contraire, durci leur attitude à l'égard des infirmières. Je regrette infiniment d'avoir à le souligner.

Ils imposent régulièrement aux infirmières des heures supplémentaires, même à celles qui sont mères de jeunes enfants dont elles doivent s'occuper. Ces heures supplémentaires qui s'accumulent sont pour les infirmières une source de grande fatigue alors même qu'elles peuvent être sollicitées par les soins qu'elles donnent à un parent ou à un enfant. Dans certains cas, nous faisons cela après un service hebdomadaire de plus de 60 heures.

Il arrive que les administrateurs nous obligent, nous infirmières, à annuler nos projets de vacances. Les agentes de bord ont des congés obligatoires, mais pas les infirmières. Cette situation est non seulement néfaste pour les infirmières mais aussi pour les patients.

La grande question est de savoir si notre système de santé peut continuer dans son état actuel. C'est un regrettable fait que les infirmières tombent plus souvent malades que n'importe quelle autre catégorie professionnelle. Chaque semaine, 8,4 p. 100 des infirmières sont en congé de maladie. Le taux est deux fois la moyenne nationale. Les infirmières quittent leurs emplois également très souvent. Selon une étude de 43 000 infirmières dans cinq pays, un sixième des infirmières travaillant dans des hôpitaux canadiens ont l'intention de quitter leur emploi l'année prochaine. Ce qui est encore plus grave c'est que, parmi les infirmières âgées de moins de 30 ans, la proportion est presque

Sickness and resignation are two powerful indicators of just how unsustainable the situation is for nurses. There are sources of this problem, with budget and staff cuts that were made in the last decade, and I will not speak to them today. The facts are there; we laid them out for you in the material provided.

I will spend some time talking about the impact of that context in which these cutbacks occurred and the impact on nursing. We need to recognize that.

The Canadian Nurses Association projects that there will be a shortage of 113,000 registered nurses by the year 2011. Our international body, ICN, recognizes that the shortage of nurses is an international one, with only Hong Kong indicating a surplus of nurses.

The reality of headhunters at every nursing opportunity in Canada attests to the fact that there is an international shortage, because the Americans have seen us as a rich target group. There are issues such as mandatory overtime, denial or cancellation of vacation, calls from staffing personnel to work or volunteer an extra shift on scheduled days off, stay on duty until the crunch is over — up to 16, 18 or 24 hours. These are the testimonies that I have heard across this country.

Only 21 per cent of us are under the age of 35. The situation facing those younger nurses is that of casual or part-time employment opportunities — working for several employers, instead working full-time for one employer. In 1998, 48 per cent of all nurses in Canada were working part-time. It just should not be.

Over an entire career a nurse's income will grow by 36 per cent, as compared to an accountant's, which increases by up to 193 per cent. That statistic was made available to me through one of your members, Senator Pépin. I think it is a sad testimony about the reality facing nurses' work and the perceived value of that work.

There is real evidence that demonstrates the contribution of nurses in the provision of effective and efficient health. Based on these realities, we must ask ourselves how to solve the shortage and restore the health of nurses who are working in the system — long-term care, the communities and the home.

Do we focus on recruitment, or do we focus on retention? It is our position that you have to focus on the retention immediately. It will take a while to educate and to put the numbers back into

d'une infirmière sur trois. Le taux de maladie et de rotation fait que, chez les infirmières, 10 p. 100 des postes ne sont pas pourvus. On constate qu'à peu près 20 p. 100 des soins infirmiers sont dispensés par des infirmières effectuant des heures supplémentaires, c'est-à-dire par des infirmières qui sont fatiguées, voire épuisées.

Le nombre de maladies et de démissions sont deux grands indices d'une situation qui, dans l'optique des infirmières, ne peut pas durer. Ces problèmes trouvent en partie leur source dans les coupures budgétaires et les réductions de personnel imposées au cours des dix dernières années. Je n'entends pas en parler aujourd'hui. Les faits sont là; nous vous exposons la situation dans la documentation que nous avons préparée.

J'aimerais évoquer maintenant le contexte dans lequel les coupures ont été décidées et les répercussions que cela a eues sur l'exercice de notre profession. Cela, il faut le reconnaître.

Selon l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, d'ici 2011, la pénurie d'infirmières autorisées atteindra 113 000. Notre organisation internationale, IIC, constate qu'il s'agit là d'un phénomène international, Hong Kong étant le seul endroit où il y ait une abondance d'infirmières.

Les recruteurs dans tous les établissements de soins sont parfaitement au courant de cette pénurie internationale étant donné que les Américains n'hésitent pas à essayer de nous débaucher. Nos adhérents se plaignent du fait qu'on leur impose des heures supplémentaires, qu'on leur refuse des congés ou qu'on les oblige à annuler des projets de vacances, qu'on leur demande de travailler pendant les jours où elles devaient être en congé, qu'on leur demande aussi de rester de service pendant des périodes d'affluence qui peuvent durer jusqu'à 16, 18 voire 24 heures. Autant de cas qui m'ont été cités par nos adhérents dans les diverses régions du pays.

Seulement 21 p. 100 d'entre nous ont moins de 35 ans. Les infirmières de cette classe d'âge ont, en général, soit un emploi occasionnel soit des travaux à temps partiel — c'est-à-dire qu'elles travaillent pour plusieurs employeurs au lieu d'avoir un poste à plein temps. En 1998, 48 p. 100 des infirmières au Canada travaillaient à temps partiel. C'est une situation déplorable.

Au cours de sa carrière, une infirmière va voir son revenu augmenter de 36 p. 100 alors que les comptables peuvent s'attendre, eux, à une augmentation pouvant atteindre 193 p. 100. Ce chiffre m'a été communiqué par l'un de vos membres, le sénateur Pépin. Cela témoigne bien du contexte dans lequel les infirmières exercent leur profession et traduit assez bien la valeur qu'on accorde à leur travail.

Pourtant, les preuves ne manquent pas quant au rôle essentiel des infirmières au sein du système de santé. Compte tenu de ces réalités, nous nous interrogeons quant aux moyens qui permettraient de combler cette pénurie et de protéger la santé des infirmières dont dépendent les soins de longue durée, ainsi que les soins dispensés dans les centres communautaires et à domicile.

Faut-on privilégier une stratégie de recrutement ou une stratégie de rétention? D'après nous, il faut immédiatement trouver les moyens de retenir la majorité des infirmières déjà en poste. Il

the system. In the interim, if we do not keep the nurses we have currently, the system will be in jeopardy.

There are solutions. Restore funding for nurses and nursing and, in the process, require accountability from the provinces. It is not enough to turn money from the federal government over to the provinces without some conditions or strings attached in relation to nurses. The deal between the provinces and the federal government had strings attached for health information technology; it had strings attached for equipment; but it did not have strings attached for health human resources. I think that that is a prime solution.

Provide respect for the work that nurses do and recognize the contributions that they make. Establish a healthy work environment that addresses the occupational health and safety issues facing nurses. We have a high incidence of musculoskeletal injuries in Canada. It is higher than in the construction industry, the forest industry, or on the assembly lines. Those people have lifting limits; nurses have none. We need to look seriously at that issue.

Issues of needle stick injuries, incidents of burnout and violence in the workplace, all take their toll and they have to be addressed. Establish a work environment that provides autonomy, control over practice, positive working relationships with physicians and job satisfaction. These are the characteristics of magnet hospitals and the characteristics are listed there.

Recognize the high level of trust consistently afforded us by the public. On the public index trust, nurses are consistently at the top. Nurses are able to provide emotional and empathetic care, psychological support and patient education. These are job satisfactions, which all improve patient outcomes. Quite often, there is not value for that kind of work.

Provide pay and benefits that clearly say to us, "You are worth it." That means competitive salaries, decent evening, night and weekend shift premiums, and pay when we are in charge. It means recognition of the education that we obtain.

Provide also paid educational leave and professional development. I consistently marvel at the fact that the Canadian Auto Workers have a paid educational leave for each auto worker in Canada. Only in the last round of bargaining did the United Nurses of Alberta achieve paid education leave of three days for

faudra un certain temps avant que l'on puisse former un nombre suffisant de remplaçantes. En attendant, si l'on ne parvient pas à conserver les infirmières qui exercent actuellement, le système risque de ne plus pouvoir tourner.

Il existe des solutions. Rétablissez les crédits à l'intention des infirmières et de la formation en ce domaine et exigez des provinces davantage de transparence. Le gouvernement fédéral ne peut pas se contenter de transférer des crédits aux provinces sans y attacher certaines conditions concernant notamment les infirmières. Les arrangements conclus par le gouvernement fédéral avec les provinces prévoient un certain nombre de conditions en matière notamment de technologies de l'information appliquées au domaine de la santé et aussi de dotation en équipements, mais ne comportent aucune condition au niveau des ressources humaines. Cette solution semblerait de nature à améliorer les choses.

Faites en sorte que le travail des infirmières soit respecté et que soit reconnue leur contribution dans le domaine de la santé. Créez un environnement de travail sain qui permette de régler un certain nombre de problèmes auxquels les infirmières doivent faire front en matière de santé et sécurité au travail. Au Canada, le personnel infirmier souffre souvent d'affections musculosquelettiques. Ces modalités sont plus fréquentes chez les infirmières que chez les gens de la construction, de l'industrie forestière ou des chaînes d'assemblage. Les personnes travaillant dans ces trois industries ne sont pas tenues de lever des objets pesant plus que le poids limite prescrit, ce qui n'est pas vrai des infirmières. Il s'agit d'un aspect de la question qui mériterait d'être approfondi.

Les piqûres accidentelles, l'épuisement et la violence sur les lieux de travail sont autant de problèmes qui pèsent beaucoup sur la santé et le moral des infirmières. Il va falloir trouver le moyen de les atténuer. Il faut également garantir un environnement de travail qui assure aux infirmières une autonomie suffisante, le pouvoir de contrôler la manière dont les soins sont dispensés, des relations professionnelles correctes avec les médecins et la satisfaction d'un travail accompli dans de bonnes conditions. C'est ce qu'on trouve dans les hôpitaux les plus réputés et c'est ce qui est souhaitable dans l'intérêt de tous.

Il convient de reconnaître la confiance dont nous bénéficions auprès du public. En effet, selon l'indice de la confiance du public, les infirmières occupent la première place. Ce sont elles, et eux, qui consolent, soulagent et réconfortent, qui veillent à l'information du patient. Il y a là des motifs de satisfaction professionnelle qui, en même temps, améliorent le pronostic. Il est fréquent que ce genre de travail ne soit pas reconnu.

Garantisiez-nous une rémunération et des avantages sociaux qui nous disent clairement, «Vous le méritez bien». J'entends par cela des salaires corrects, des primes pour le travail le soir, la nuit ou pendant les fins de semaine et un supplément pour les personnes occupant des postes d'autorité. Il y a lieu de reconnaître la formation que nous avons suivie.

Prévoyez en outre la rémunération de congés de formation. Je suis frappée de constater que les Travailleurs canadiens de l'automobile garantissent à chaque travailleur de l'automobile un congé de formation rémunéré. Ce n'est qu'au cours du dernier cycle de négociation que les United Nurses of Alberta ont obtenu

continuing education purposes and five days of paid leave if we want to work towards additional educational preparation. They are the first group of nurses in the country to achieve that.

Health and supplementary benefits have to be included. We would like to have medicare cover everything, so that we would not need to spend our money negotiating supplementary benefit programs. All Canadians could have access to prescription drugs, dental and vision care benefits, and short-term and long-term disability.

I listened with interest to the presentation by the physicians. Again, it was Alberta nurses who negotiated in their March contract a premium pay for mentoring our young and new people in the profession. There should be a penalty for cancelling our vacations. We should have enhanced pensions. Nurses have terrible pensions, and we face retiring in poverty.

Improve early retirement options. In their last contract the New Brunswick nurses negotiated the ability for nurses, as they approach retirement, to move to part-time employment while both the employer and the employee continue to make full-time pension contributions. That was a commitment, and it needs to be replicated elsewhere.

We need zero tolerance of staff abuse. We want to see the use of EI monies for educating nurses and other individuals who go into nursing so that they can practise. Then, during their working career, they can use EI funds to upgrade their education.

The Republic of Ireland waived tuition fees for schools of nursing, because the shortage of nurses was so severe. They have seen some positive results of that action.

We want some recognition of our on-the-job learning — prior learning assessment recognition so that we do not have to spend as much time in the education system to obtain that.

Finally, nurses want recognition of their right to bring their consciences to work. The words of Justice Murray Sinclair in respect of the 12 pediatric deaths at the Cardiac Care Centre of the Winnipeg Health Sciences Centre were incredibly powerful. He wrote:

...the experiences and observations of the nursing staff involved in this program led them to voice serious and legitimate concerns. The nurses, however, were never treated as full and equal members of the surgical program, despite the fact that this was the stated intent & the attempted silencing of members of the nursing profession,

qu'on leur paye un congé de formation de trois jours pour parfaire leurs connaissances et un congé de cinq jours pour celles qui voudraient poursuivre leurs études. C'est la première fois au Canada qu'une association d'infirmières obtient qu'on leur reconnaisse cela.

Il faudrait également ajouter les prestations médicales et avantages complémentaires. Nous voudrions que tout soit couvert par un régime d'assurance maladie afin de pouvoir éviter les dépenses que suppose la négociation d'avantages complémentaires. Tous les Canadiens pourraient ainsi obtenir des médicaments, des soins dentaires et oculaires, ainsi que des prestations d'invalidité temporaire ou de longue durée.

J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt l'exposé présenté par des représentants des médecins. Ce sont, encore une fois, les infirmières de l'Alberta qui, dans le cadre du contrat qu'elles ont négocié au mois de mars, ont obtenu une prime pour les personnes assurant la formation de nouveaux membres de la profession. L'annulation de nos vacances devrait donner lieu au versement d'une prime à titre d'indemnité. Nos pensions de retraites devraient être améliorées. Actuellement, les pensions versées aux infirmières sont notoirement insuffisantes et nous exposent à la pauvreté lors du départ à la retraite.

Améliorons donc les possibilités de prendre une retraite anticipée. Lors de la négociation de leur dernier contrat, les infirmières du Nouveau-Brunswick ont obtenu que les infirmières qui approchent de l'âge de la retraite puissent commencer à travailler à temps partiel alors que l'employeur et l'employé continueraient à verser les cotisations correspondant à une pension de retraite pour un travail à plein temps. C'est l'engagement qui a été pris et qui devrait être repris dans les autres provinces.

En matière de comportement abusif envers les personnels, il nous faut adopter le principe de tolérance zéro. Nous voudrions qu'une partie des fonds de l'assurance-emploi soit consacrée à la formation des infirmières et des personnes voulant embrasser cette carrière. Nous voudrions que tout au long de leur carrière, elles puissent utiliser des fonds de l'AE pour parfaire leur formation.

La pénurie d'infirmières était si grave en Irlande, que ce pays a rendu les études d'infirmières gratuites. Cette mesure a déjà donné des résultats.

Nous voudrions, en outre, que l'on tienne compte de ce qu'on a pu apprendre dans l'exercice de notre métier afin que nous n'ayons pas à consacrer autant de temps à faire la preuve de nos compétences en passant des examens.

Et enfin, les infirmières veulent que l'on reconnaisse le droit qu'elles ont d'effectuer leur travail en conscience. S'exprimant au sujet des 12 enfants morts alors qu'ils étaient en traitement au service de soins cardiaques du centre des sciences de la santé de Winnipeg, le juge Murray Sinclair a tenu des propos qui soulignent la gravité de la situation à cet égard. Selon lui, en effet:

[...] l'expérience et les constatations des personnels infirmiers impliqués dans ce programme les avaient portés à faire part des inquiétudes graves et légitimes que leur inspirait le fonctionnement de ce programme. Mais les infirmières n'ont jamais été considérées comme des membres à part entière du programme de chirurgie bien

and the failure to accept the legitimacy of their concerns, meant that serious problems in the pediatric cardiac surgery program were not recognized or addressed in the timely manner.

The justice went on to recommend that:

The Province of Manitoba should consider passing "Whistle Blowing" legislation to protect nurses and other professionals from reprisals stemming from their disclosure of information arising from a legitimately and reasonably held concern over the medical treatment of patients.

For the sake of the children who, through accidents or genetics, will wind up in our hospitals; for the sake of our parents who may find themselves in nursing homes — for all their sakes, let Canada recognize the right of nurses to bring their consciences to work.

We have seen the establishment of a Canadian Nursing Advisory Committee of some 16 members that will do one year's work to look at improving the quality and work-life environments. We have the commitment of Federal/Provincial/Territorial ministers of health to implement a national nursing strategy for Canada. We have a home care sector study proceeding and a national nursing sector study currently seeking budget approval. Those are positive steps, but we know that some substantial changes have to happen now.

I will close by saying that I marvel at your ability to sustain yourselves through a month of hearings and still have the ability to retain more information.

I will leave you with the three most important points. The situation for nurses is unsustainable. Nurses must be paid what they are worth and our system must have many more — at least 100,000 — by the decade's end. We want to see full restoration of funding that was cut from our health care system in the 1990s. With the possible exception of spending to meet the rapidly rising costs of pharmaceuticals, we do not believe there is a spending crisis.

Restoring funding is not enough. To improve medicare, restored funds must be accompanied by a large dose of accountability. Strings must be attached to ensure that funds are spent to sustain health care providers, the system within which we work and the ways that are necessary to truly improve patient care.

que cela ait été l'intention déclarée de ceux qui l'avaient mis sur pied. Les efforts déployés afin de réduire au silence les membres de cette catégorie de professionnels de la santé et le fait que l'on n'ait pas reconnu la légitimité des inquiétudes dont elles ont fait état a fait que les graves problèmes qui se posaient dans le cadre du programme de chirurgie cardiaque en pédiatrie n'ont pas été relevés et n'ont donc pas pu être corrigés en temps utile.

Le juge recommanda donc que:

La province du Manitoba envisage l'adoption d'un texte de loi favorisant la dénonciation des abus afin de protéger les infirmières et les membres des autres catégories d'intervenants de santé contre les représailles que pourrait leur attirer la divulgation d'informations fondées sur l'inquiétude que peut légitimement et raisonnablement leur inspirer le traitement médical accordé à certains patients.

Dans l'intérêt des enfants qui, que ce soit en raison d'accidents ou d'antécédents génétiques, se retrouvent à l'hôpital; dans l'intérêt des parents qui peuvent eux-mêmes un jour se retrouver dans des maisons de repos — dans l'intérêt donc de tous les patients, nous demandons à ce que le Canada reconnaisse le droit des infirmières à ne pas laisser leur conscience au vestiaire.

Un comité consultatif de la profession infirmière canadienne a été constitué. Ses 16 membres passeront une année à étudier les moyens d'améliorer l'environnement et les conditions de travail. Les ministres fédéral/provinciaux/ territoriaux de la Santé se sont engagés à définir une stratégie nationale en matière de soins infirmiers. Une étude sur les soins à domicile est actuellement en cours et une étude nationale sur les soins infirmiers sera lancée dès que la subvention sera accordée. Ce sont là des mesures importantes mais il faudra qu'elles soient suivies d'un certain nombre de changements dans le mode d'exercice de cette profession.

Permettez-moi de terminer en disant que j'admire énormément comment, au fil de ces longues auditions, vous parvenez à vous concentrer sur ce dossier important sans fléchissement de votre capacité à recueillir toujours de nouvelles informations.

J'insiste, pour conclure, sur les trois points les plus importants de ce dossier. Pour les infirmières, la situation actuelle ne peut pas durer. Les infirmières doivent être rémunérées à leur juste valeur et notre système de santé devra, d'ici la fin de la décennie, en recruter au moins 100 000 de plus. Nous voulons que les coupures budgétaires imposées à notre système de soins au cours des années 90 soient intégralement rapportées. Sauf en ce qui concerne l'augmentation rapide du coût des produits pharmaceutiques, nous n'estimons pas qu'il y ait vraiment, en matière de santé, un emballement des dépenses.

Mais il ne suffit pas de rétablir les financements. En effet, si l'on veut assurer la viabilité de l'assurance santé, il faut, en plus du rétablissement des modes de financement, accroître très largement la transparence du système. Il faut soumettre l'octroi des subventions à un certain nombre de conditions garantissant que l'argent continue à assurer aux personnels soignants de bonnes conditions de travail et permettant d'apporter aux soins des patients les améliorations qui s'imposent.

Canadians fought to achieve medicare and now we must fight to restore and improve it. Our patients and our children deserve nothing less.

We hope that you will invite us back. I have talked about the issue of health human resources. However as someone who represents nurses who work 24/seven, in the system on the front lines, we have strong feelings about the issues — from privatization to primary health; from hospital cuts to home care; and the costs of pharmaceuticals.

Today, I focussed on the sustainability of our nursing workforce, but I would be pleased to come back with additional nurses' perspectives on these other important issues for our cherished health care system.

The Chairman: Thank you Ms Connors. Our next witness is Ms MacDonald-Rencz, Director of Policy, Regulation and Research at the Canadian Nurses Association.

Ms Sandra MacDonald-Rencz, Director of Policy, Regulation and Research, Canadian Nurses Association: I will talk about the issues that face nursing in the health care system. Specifically, I will look at recruitment, integration and retention of nurses. I am sure that you will note some points similar to the previous group who presented. The issues that we face are similar within the whole health human resource. Although, for nursing it is a more significant issue.

Our board has been watching, with interest, a number of initiatives that have taken place across the country. At a recent meeting, our board identified two areas of priority for work that support much of the work that has been taking place at the national. The first priority is the promotion and implementation of principles around primary health care and the fact that it is an extremely important part of the health care system and one that is often neglected in the discussions. The second priority is advocating and speaking out on behalf of strong "quality practice environments."

These priorities will come up when I talk about the successful recruitment integration and retention of nurses. Unless you have the kind of practice environments where nurses feel that they can be providing quality care, you will not retain them.

Les Canadiens se sont battus pour obtenir un système d'assurance santé et nous devons maintenant nous battre pour le rebâtir et l'améliorer. Nous devons cela à nos patients et à nos enfants.

Nous espérons être à nouveau invités à prendre la parole devant le comité. J'ai évoqué ici l'aspect ressources humaines du système de santé. En tant que représentant des infirmières, c'est-à-dire des personnes qui, en matière de soins de santé, se trouvent en première ligne et dont dépendent des services fonctionnant 24 heures sur 24 et 7 jours par semaine, nous aurions fort à dire sur divers autres aspects de la question, qu'il s'agisse de la privatisation, des soins primaires, de la baisse des crédits hospitaliers, des soins à domicile et du coût des médicaments.

Aujourd'hui, j'ai insisté sur le maintien et le renouvellement de nos personnels infirmiers mais c'est avec plaisir que j'entretiendrais une autre fois le comité de la manière dont les infirmières entrevoient certains autres aspects de ce système de santé auquel nous tenons tous.

Le président: Merci madame Connors. Nous allons maintenant écouter madame MacDonald-Rencz, directrice des politiques, de la réglementation et de la recherche à l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada.

Mme Sandra MacDonald-Rencz, directrice, Politique, réglementation et recherche, Association des infirmières et infirmiers du Canada: Je voudrais vous entretenir des problèmes qui se posent actuellement au niveau des soins infirmiers dispensés dans le cadre de notre système de santé. J'insisterai plus précisément sur les questions de recrutement, d'intégration et de rétention des personnels infirmiers. Vous relèverez sans doute un certain nombre de recoupements avec ce que vous ont dit les représentants d'autres associations. Il est clair qu'il s'agit de problèmes qui se posent pour toutes les catégories d'intervenants de santé. Cela dit, la situation est particulièrement grave en ce qui concerne les infirmières et les infirmiers.

Notre conseil suit avec beaucoup d'intérêt un certain nombre de projets entrepris dans les diverses régions de notre pays. Lors d'une récente réunion, notre conseil a retenu deux domaines prioritaires qui mériteraient particulièrement d'être soutenus. La première action prioritaire serait en matière de promotion et d'application des principes entourant les soins primaires et le fait qu'il s'agit d'un aspect extrêmement important de notre système de santé, aspect qui a pourtant été souvent délaissé lors des discussions. La seconde priorité consisterait à prôner et à défendre davantage des conditions de travail qui permettent aux infirmières d'exercer leurs compétences dans le respect intégral de leur mission.

J'en reparlerais en traitant des moyens qui permettraient d'assurer dans de meilleures conditions le recrutement, l'intégration et la rétention des personnels infirmiers. Vous ne parviendrez jamais à conserver nos infirmières et nos infirmiers si vous ne leur assurez pas un environnement de travail où elles se sentent libre d'accomplir leurs tâches comme elles devraient véritablement être accomplies.

CNA welcomes the attention that provincial governments are focussing at the moment in studying the health care system and making recommendations for improving its effectiveness and efficiency.

We applaud the announcement in September — the framework for the health system renewal. We were pleased to note that while not identified as a significant separate focus, the whole issue of health human resources was a crosscutting issue threaded throughout all of what they identified for themselves.

This framework provides a workable structure for looking at moving the health care system forward. However, an important part of that is to recognize that you need the kinds of knowledgeable, competent, qualified workers to make that happen.

As well, we recognize that there are a number of initiatives taking place at the national level, which will support a number of the strategies that I will talk about. One of those is, as mentioned by both Ms Connors and Mr. Paradis, the national study taking place with the guidance of HRDC and Health Canada to look at some long-term planning for the nursing profession. It looks at not only RNs, but at the licensed practical nurse and the registered psychiatric nurse. It addresses many of the long-term issues that need to be looked at with those three groups.

We also applaud the nursing strategy document that was released by the Federal/Provincial/Territorial Ministers of Health. It is an excellent move forward. The 11 recommendations contained therein outline some of the immediate strategies that could be implemented. We look forward to working and seeing those actually roll out.

However, they do not address the fact that nurses are faced with increased workloads. They are dealing with patients who are sicker; longer waiting lists; the whole issue of access; mandatory overtime; and increased incidents of verbal and physical abuse. Nurses face these issues because of the stresses that are created by such work environments. These are all issues that we are concerned about. The strategies that I will talk about are meant to address some of those.

Next we will look at some specific recommendations, or bundling some strategies together that could address the crisis in our health care system. We have organized those under "Recruitment" — bringing knowledgeable, bright, young minds into the profession; getting graduates successfully integrated into the workplace; and keeping them.

L'AIIIC constate avec satisfaction que les gouvernements provinciaux se penchent actuellement sur notre système de santé et formulent des recommandations permettant d'en améliorer le fonctionnement.

Nous avons accueilli avec enthousiasme les mesures annoncées en septembre, fixant les grandes lignes d'un renouveau du système de santé. Nous avons constaté, avec satisfaction aussi, que si les ressources humaines, c'est-à-dire les personnels soignants n'étaient pas spécifiquement retenus comme objectif, à chaque fois qu'un problème était abordé, la question des personnels apparaissait en filigrane.

Ce cadre de réflexion permet de conceptualiser les progrès que l'on entend faire accomplir au système de santé. Un aspect important de cette démarche consiste, cependant, à admettre que pour que ce projet se réalise, il faut le concours de travailleurs compétents et qualifiés.

Nous reconnaissons en outre qu'au niveau national plusieurs projets vont venir appuyer certaines des stratégies que je vais évoquer ici. Je compte parmi celles-ci quelque chose qui a été évoqué à la fois par Mme Connors et par M. Paradis, l'étude nationale actuellement en cours sous l'égide des ministères du Développement des Ressources humaines et de la Santé. Il s'agit de tenter d'élaborer un plan à long terme pour l'ensemble de la profession infirmière. Cela ne s'appliquera pas seulement aux infirmières autorisées, mais également aux infirmières auxiliaires autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées. Il s'agit de se pencher sur les problèmes à long terme en rapport avec ces trois catégories d'intervenants de santé.

Nous accueillons également avec satisfaction le document sur la stratégie en matière de soins infirmiers qu'ont récemment rendu public les ministres fédéral/provinciaux/territoriaux de la Santé. C'est un excellent pas en avant. Les 11 recommandations qui y figurent exposent certaines stratégies qui pourraient être mises en oeuvre immédiatement. Nous attendons avec impatience les mesures d'application.

Cela dit, rien de tout cela ne tient compte du fait que les infirmières ont vu s'alourdir leur charge de travail. Elles ont à s'occuper de patients plus gravement atteints; elles travaillent dans le contexte de listes d'attentes beaucoup plus longues qu'avant; il y a en outre le problème de l'accès aux soins médicaux; celui des heures supplémentaires obligatoires; et surtout l'augmentation des cas de comportement abusif, aussi bien verbal que physique. Bon nombre de ces problèmes sont d'ailleurs reliés au stress né des mauvaises conditions de travail. C'est aspect-là de la question nous préoccupe énormément. Les stratégies dont je vais maintenant parler devraient permettre de s'attaquer à certains de ces problèmes.

Voyons maintenant quelques recommandations précises qui permettraient, par l'application conjointe de certaines stratégies, de pallier la crise dont souffre actuellement notre système de santé. Au niveau du recrutement, il s'agit d'attirer vers la profession infirmière des jeunes personnes intelligentes et courageuses; d'intégrer les nouveaux diplômés aux équipes de travail; et de parvenir à les conserver.

We have seen a 50 per cent reduction in the number of graduates in nursing over the last 10 years. Again, you heard one of our previous presenters identify how the enrolment has decreased at one of our colleges. Another interesting point about that more than one-half of those graduates went to the United States. In essence, we were educating for another country and that is a major issue for us.

Once you have them in the workplace there is the need to keep them in a work environment in which they can provide the quality care that they have been trained to provide.

The CNA believes that action needs to take place in the short term to repair the profession. We believe that to enhance recruitment opportunities, we need to act in seven areas that could be classified in three main categories. One is to attract the students in high school. How can we attract them, when the programs are not flexible? As has been mentioned, tuition is a significant barrier. We need to look at either grants, tax incentives or a number of innovative strategies to take that disincentive out of the way. We also need to link academia and education so that we are indeed preparing the individual in a way that the integration takes place better.

Another is that we will not attract people to the profession if they continue to hear about workplace conditions not being favourable and if they continue to have the sense that their salary will not be competitive. Of course, someone who has a high academic standing will choose another profession, where they feel they will have more incentives.

Create permanent positions. The period that we have gone through saw a significant move to part-time and casual status. Signing bonuses are another incentive — which, in a field like health care it sounds almost heretical to be taking on that kind of orientation. However, it is something that many organizations are realizing that they may need to do. In other words, we need to be more aggressive and recognize that people will not just naturally come into the profession.

The next area is the transition, or the successful integration, of those new graduates into the Canadian health care system, so that we do keep them. We believe that mentorship is extremely important. Experienced, seasoned nurses can be invaluable in helping to integrate that new graduate. However, such as task cannot just be added to that experienced nurse's workload, especially when they are already facing extremely demanding workloads. We must adjust the workload, remunerate and recognize mentoring as a responsibility within the experienced nurse.

We also believe that, right from the time that they graduate, we need to have an orientation to continuous learning. When we look at why the Americans are so successful in recruiting our new

Au cours des 10 dernières années, on a constaté une baisse de 50 p. 100 du nombre des diplômés. Une des intervenantes qui m'a précédée vous a dit combien le nombre des inscriptions avait baissé dans l'un de nos collèges. Ajoutons que plus de la moitié des nouveaux diplômés est allée travailler aux États-Unis. Nous formons donc actuellement des gens qui chercheront ailleurs à employer leurs compétences et cela constitue, à nos yeux, un grave problème.

Mais il s'agit également de retenir les personnes qui intègrent le corps des infirmières en leur assurant un environnement professionnel leur permettant de dispenser, comme elles ont été éduquées à le faire, des soins de qualité.

L'AIIC estime qu'il faut sans tarder prendre les mesures permettant de restaurer la profession. Afin d'améliorer le recrutement, il nous faut agir dans sept domaines, domaines que l'on peut ranger dans trois grandes catégories. Il s'agit, d'abord, d'attirer des étudiants avant même qu'ils ne terminent leurs études secondaires. Comment les attirer, cependant, alors que le programme manque de souplesse? Je le rappelle, le coût des études constitue un véritable obstacle. Il nous faut envisager la possibilité de bourses, d'incitatifs fiscaux ou autres stratégies novatrices permettant de lever cet obstacle. Il nous faut également améliorer la concertation entre le monde universitaire et le monde professionnel afin de faciliter l'intégration des jeunes diplômés.

Nous ne pourrions pas, cependant, inciter des gens à rejoindre les rangs de notre profession s'ils restent persuader que les conditions de travail sont mauvaises et que la rémunération qu'on leur offre est insuffisante. Il est clair que les meilleurs étudiants s'orienteront vers une autre profession dont ils espèrent qu'elle récompensera mieux leurs efforts.

Il faut créer des postes permanents. Au cours de ces dernières années, on a vu de plus en plus d'emplois occasionnels et de travail à temps partiel. On peut également envisager un système de primes à l'engagement, ce qui paraît presque être un sacrilège pour un professionnel de la santé. De nombreuses organisations sont cependant de plus en plus portées à le faire. Autrement dit, il va falloir se montrer plus entreprenant et tenir compte du fait que si l'on ne fait pas tout pour les attirer, les gens ne rejoindront pas les rangs de notre profession.

Un autre aspect est celui de la transition, c'est-à-dire de l'intégration dans le système de santé des nouveaux diplômés de manière à mieux parvenir à les conserver. Un système de mentorat nous paraît essentiel. Ainsi, les infirmières chevronnées peuvent beaucoup contribuer à l'intégration des nouveaux diplômés. Une telle mission ne saurait cependant venir s'ajouter à la charge de travail ordinaire de ces infirmières, à une époque, de plus, où leurs tâches sont déjà particulièrement lourdes. Il nous faut donc ajuster la répartition des tâches et assurer aux personnes qui acceptent de servir de mentors la rémunération correspondant aux nouvelles responsabilités ainsi exercées par des infirmières chevronnées.

Nous estimons également que dès l'achèvement de leurs études, les infirmières doivent se voir orienter vers des possibilités de formation permanente. Si les Américains parviennent à recruter un

graduates, we see that it is because they promise continuing education opportunities right from the time they sign on.

We also need to be more creative with our scheduling. The new nurse needs a sense that she will have some kind of control over her practice and how she will practise. Many countries have been very successful at instilling that.

The last area that I have identified is the retention of our current workforce. We have identified seven areas for action. We need to improve the design of how work takes place. The current structure was designed during the industrial age. We now recognize that we have knowledge workers — they come with a great deal of knowledge and learning. We must look at the kind of practice environment that allows them to take this learning and have stronger accountability within the practice setting. We need to facilitate full use of scope of practice. When you educate, often the system is not prepared to have those nurses practice to their full scope.

We need to provide support for professional development and instil in all nurses a sense of continuous learning. If they feel that they are not provided with those opportunities, then they will perceive that perhaps it is time to move on.

There is a need to identify career opportunities. Career laddering has not been done well within the profession. There must be support for flexible scheduling. Access to professional supports, such as clinical leaders, must be established so that practitioners are encouraged to integrate research findings.

What you based your practice on when you graduated should not be the basis of your practice 10 years later. We need to ensure that the practice environment creates the opportunity for the integration of continuous learning within the clinical setting.

The CNA acknowledges that the actions that we have identified to improve recruitment, integration and retention within the nursing profession will require financial investment. We believe that we will receive that return on investment. It will be measured in improved health of Canada and better efficiency of the health system.

The CNA knows that government is concerned about productivity levels in Canada. We believe that improvements in productivity in the health sector, means innovation. You only get innovation if you have the kind of quality knowledge worker working within the system. It means better population health; it means a dynamic, knowledgeable, professional workforce; and it means positive improvements to the Canadian economy.

si grand nombre de nos jeunes diplômées, c'est en partie parce que dès leur embauche on leur promet la possibilité de pouvoir parfaire leur formation.

Il nous faut également faire preuve d'une approche plus créative en matière d'emploi du temps. Les nouvelles infirmières doivent sentir qu'elles exerceront un certain contrôle au niveau des horaires et des modalités d'exercice. De nombreux pays sont parvenus à faire de cela une réalité.

La dernière question que je voudrais évoquer c'est la rétention de nos effectifs actuels. Nous avons défini sept domaines d'intervention. Il nous faut améliorer la conception même de l'environnement de travail. La structure actuelle des tâches a été conçue à l'époque de l'industrialisation. Les infirmières d'aujourd'hui sont des travailleuses intellectuelles qui appliquent, dans le cadre de leur travail, de nombreuses compétences et des connaissances avancées. Il faut donc instaurer un environnement de travail qui leur permette d'exercer pleinement les responsabilités que leur formation les a préparées à assumer. Il faut leur permettre de faire pleinement usage de leurs compétences. Actuellement, nous avons un personnel qui possède une formation très poussée mais on ne sait pas encore très bien exploiter leurs compétences.

Il nous faut favoriser le perfectionnement des connaissances et encourager toutes les infirmières à souscrire aux principes de la formation continue. Celles qui ne se verraient pas reconnaître de telles possibilités, seront tentées d'aller ailleurs.

Il faut, en outre, faciliter le déroulement des carrières. Jusqu'ici, au sein de la profession, on n'a pas très bien su le faire. Il faut favoriser les horaires souples. Élargir l'accès aux connaissances des cliniciens en pointe afin d'encourager les praticiennes à intégrer à leurs savoirs les résultats des nouveaux travaux effectués dans les divers domaines de la médecine.

Il est clair que les connaissances sur lesquelles on se base en fins d'études devraient évoluer afin que, dix ans plus tard, on ait renouvelé son bagage intellectuel et professionnel. Il faut donc faire en sorte que l'environnement de travail permette aux divers professionnels de la santé d'intégrer, dans un contexte clinique, les nouvelles connaissances.

L'AIIC sait très bien que les mesures que nous proposons afin d'améliorer le recrutement, l'intégration et la rétention des effectifs infirmiers exigent de nouveaux moyens financiers. Nous estimons, par contre, qu'un tel investissement serait rentable. On devrait, en effet, constater une amélioration générale de l'état de santé des Canadiens et une plus grande efficacité du système de santé.

L'AIIC est parfaitement consciente du fait que le gouvernement se soucie beaucoup de la productivité de travailleurs canadiens. Pour nous, l'amélioration de la productivité dans le domaine de la santé passe par l'innovation. Or, il n'y a d'innovation que si le système parvient à recruter et à conserver des travailleurs intelligents, compétents et motivés. Si l'on dispose d'effectifs compétents et dynamiques, l'économie canadienne ne peut que s'en porter mieux.

If I were to leave with you any message, it is that I believe that investing is extremely important. We need to invest so that we can have the kind of qualified, competent worker within our health system. If you do not have that competent, qualified person, you do not have a health system.

The Chairman: I have a question for Ms Jones. In your presentation, you observed that there are over 200 nurse practitioners in Ontario who are not employed as nurse practitioners. Why is that? Is it because of the barriers that you talked about? It would be useful for us to have a list of those barriers in greater detail. Your organization may well have them, particularly because some of them are systemic, and some are related to the legal liability questions.

Ms Jones: The initiative in Ontario and those in the other provinces have been political initiatives. We needed these initiatives to move politically when the opportunity rose to bring about the role and bring the initiative back. It meant that it was not always well thought through. In the Province of Ontario, we were able to make great strides in having legislation passed and in re-establishing the educational programs. However, there was not a clear vision of where the nurse practitioner would be integrated into the province. As well, there was no clear thinking of the funding mechanism at a time when there was all downsizing. We are suffering from the fact that two funding pools came to us — one in 1999 and one in 2000 — with no other earmarked funding. Therefore, 200 of our new graduates are not involved.

The Chairman: Could you expand on some of your barrier issues? Do you have more details about them? I do not need them now, but if you have them, could you please send them to us?

Ms Jones: The Nurse Practitioner Association is a volunteer association and is an interest group of RNAO. I would be able to obtain that document relevant to the Ontario situation. With new provincial initiatives arising, and without a national organization, it is a little more difficult to do for the other areas. I will do my best.

The Chairman: Thank you. Ms MacDonald-Rencz and Ms Connors, you both talked about the problems and possible solutions. Basically, if I can group the potential solutions to the shortage problem, they could be placed into three main categories. One category is more money in a variety of forms. The second category is to hire more nurses because that is the only way you will deal with the workload problem. The third would be the non-monetary, soft side of the job as listed on page 5 where Ms MacDonald-Rencz talked about career planning, flexible scheduling and other things.

Permettez-moi de terminer en insistant sur l'importance des investissements en ce domaine. Ce sont ces investissements qui nous permettront de retenir, au sein de notre système de santé, les personnes qualifiées dont nous avons besoin. Sans ce genre de personnes, il n'y a pas de système de santé qui vaille.

Le président: Je voudrais poser une question à Mme Jones. Dans votre exposé, vous avez dit qu'il y avait, en Ontario, plus de 200 infirmières praticiennes qui n'étaient pas employées en tant que telles. Quelle en est la raison? Est-ce à cause des obstacles que vous avez évoqués? Il nous serait utile de pouvoir disposer d'une liste détaillée des obstacles dont vous avez fait état. Il se peut que votre organisation en ait dressé une étant donné qu'il s'agit, en certains cas, d'obstacles systémiques et, dans certains autres, d'obstacles liés à des considérations de responsabilité juridique.

Mme Jones: En Ontario et dans les autres provinces, les projets dont j'ai parlé ont été lancés à l'initiative des responsables politiques. C'est ce qu'il a fallu pour pouvoir avancer et mieux faire reconnaître le rôle de nos praticiennes. Cela veut dire que, parfois, ces projets n'ont pas été précédés de toutes les études qui auraient été nécessaires. En Ontario, nous avons réussi à faire adopter des dispositions législatives et à faire restaurer des programmes de formation. Personne n'avait vraiment réfléchi par contre à la manière dont les infirmières praticiennes pourraient être intégrées au système de santé. À une époque de contraintes budgétaires, personne non plus ne savait très bien comment tout cela pourrait être financé. Nous souffrons actuellement du fait que les deux sources de financement dont nous avons bénéficié — une en 1999 et une en 2000 — n'ont pas été complétées par des crédits supplémentaires. C'est pourquoi 200 de nos nouvelles diplômées n'ont pas reçu d'affectation.

Le président: Pourriez-vous nous en dire un peu plus au sujet des obstacles que vous avez constatés? Il n'est peut-être pas nécessaire de nous en fournir les détails maintenant, mais vous pourriez peut-être nous les faire parvenir par la suite.

Mme Jones: L'Association des infirmières praticiennes est une association bénévole qui constitue un groupe particulier au sein de la RNAO. Je peux certainement me procurer la documentation sur ce qu'il en est en Ontario. Cela serait un petit plus difficile pour les autres régions étant donné que certaines provinces ont lancé de nouveaux projets, et que nous n'avons pas encore d'organisation à l'échelle nationale. Je ferais de mon mieux, cependant.

Le président: Je vous remercie. Madame MacDonald-Rencz et madame Connors, vous avez toutes les deux évoqué des problèmes et ébauché un certain nombre de solutions. L'on peut, il me semble, regrouper en trois grandes catégories, les solutions susceptibles de pallier la pénurie. Dans une catégorie, on placerait les diverses formes de financement. Une seconde catégorie regrouperait les moyens d'accélérer le recrutement car c'est en effet la seule manière d'agir sur la charge de travail. La troisième catégorie regrouperait les solutions non financières, disons les conditions d'exercice telles qu'évoquées à la page 5 où Mme MacDonald-Rencz aborde divers aspects de la question tels que la planification des carrières et l'adoption d'horaires plus souples.

I understand that you would like to have all three of those solutions. Realistically, you will not have all three, so my question is: If the federal government was to put more money into nursing, which of those three categories should it consider and in what order of priority?

Ms MacDonald-Rencz: That is a difficult question to answer, because one feeds the other. If you do not invest in strengthening the practice environment and making it the kind of environment where nurses can practice at a level that is appropriate to their levels, then you will not draw anybody into the profession. High school students will hear from their friends' mothers that it is not the kind of place you will want work.

However, if invest in the workplace and you do not do something about retaining the number of seats so that new recruits are in constant supply, then it does not matter how great it is, you will not have the base.

The other problem we are facing in nursing is that over the past decade, the number of seats in nursing has been cut. As well, people have not been attracted to the profession. It is a double-edged sword and so we are at a base than it has been in decades. We are facing an issue that goes beyond just keeping people entering the programs. We have to get ourselves back up to a base level of people so that we are regularly refreshing the workforce. It is a compounded issue we have.

Our current population curve is fascinating to watch as it dips to the below 30 group and then suddenly goes way up to the older ages. We have to do some building. You cannot consider just one, because one affects the other.

Ms Connors: As nurses prepare for bargaining, they frequently fill out questionnaires. The union will ask the members about their priorities — what their needs are to have the collective agreement reflect their basic needs. As Ms MacDonald-Rencz said, all of those issues are priorities.

Nurses want to be paid for what they are worth, and if they are required to work short-staffed with tremendous workloads, they want to be compensated. They want to be properly rewarded for staying overtime. They say, "Pay me double time instead of time and a half. If I work hard, the system will have to acknowledge that I work hard."

Il est clair que vous voudriez les voir adopter toutes les trois. Étant donné qu'il n'est guère envisageable d'obtenir entière satisfaction sur ces trois points, permettez-moi de vous demander ceci: à supposer que le gouvernement fédéral puisse accroître les crédits accordés à la profession infirmière, dans quel ordre de priorité rangeriez-vous les trois dossiers que nous venons d'évoquer?

Mme MacDonald-Rencz: Il est très difficile de répondre étant donné que chacune de ces trois solutions fonctionne aussi en renforçant les autres. Si vous n'êtes pas prêts à dégager les moyens permettant d'améliorer l'environnement dans lequel sont dispensés les soins de santé, permettant par là même aux infirmières d'atteindre le plein rendement de leurs compétences, vous ne parviendrez pas à attirer de nouvelles candidates. Les étudiants du secondaire se verront déconseiller cette carrière par les mères de leurs amis.

Si, par contre, vous décidez d'investir financièrement dans cette amélioration des conditions de travail sans dégager les moyens d'encourager davantage la formation afin d'assurer un nombre constant de nouvelles candidates, même si les conditions de travail sont excellentes, il vous manquera l'essentiel.

Il faut rappeler qu'au cours des dix dernières années, l'on a réduit le nombre de places dans les programmes de formation. Il y a cela, plus le fait que les gens n'ont pas été en nombre suffisant attirés par cette carrière. C'est une épée à double tranchant et la situation n'a, à l'époque moderne, jamais été si grave. Il ne suffit pas, en effet, d'attirer suffisamment d'étudiants dans les programmes de formation, nous devons parvenir à reconstituer les effectifs de la profession et assurer en même temps le renouvellement dans ses rangs. Nous faisons face à un double problème.

La courbe démographique des membres de notre profession est très intéressante. Elle s'abaisse vers la catégorie des moins de 30 ans puis, tout à coup, remonte en flèche jusqu'aux catégories plus âgées. Il nous faut reconstituer les effectifs. On ne peut pas envisager ces diverses solutions isolément car chacune influence les autres.

Mme Connors: Avant que ne s'engagent des négociations, on demande souvent aux infirmières de remplir un questionnaire. Le syndicat demande à ses adhérentes d'indiquer quelles sont leurs priorités — quels sont les éléments qu'elles aimeraient voir figurer dans la convention collective, les éléments correspondants à leurs préoccupations et besoins essentiels. Eh bien comme le disait Mme MacDonald-Rencz, tous ces éléments sont jugés prioritaires.

Les infirmières veulent être payées à leur juste valeur et elles veulent recevoir une contrepartie lorsqu'elles sont obligées d'assumer une très lourde charge de travail en raison de l'insuffisance des personnels. Elles veulent être dédommagées lorsqu'il leur faut rester après la fin de leur service. Elles veulent que ces heures leur soient payées au double du tarif et non pas seulement une fois et demie. Dans la mesure où elles travaillent très dur, elles veulent que le système le reconnaisse.

They also want to nurse in the way that they were educated to nurse. Not only do they want to perform the physical parts of the care, they also want to teach and take the time to sit on the side of the bed of someone who needs to be supported and comforted. They want to counsel, nurture and do all those things on which it is difficult to place a monetary value. They want a work environment that encompasses occupational health and safety issues and in which they can make decisions.

If I, as a nurse, feel that we cannot take one more admission to a ward, then the system should allow me the latitude to make that decision on evening or night shift. I know that one more admission can compromise the patients in my care if I am forced to it without additional staff to assist.

It is not a matter of giving us one or two of the priorities, because they are so interconnected. It is a complex question. We are in a bit of a pickle as a country over nursing health human resources. Let us be honest, 96 per cent of nurses are women. It is the non-valuing of "women's work." Let us put that fair and square on the table. I maintain that if there was a shortage such as this in the private sector, the solutions would be found just like that.

Because this is happening in the public sector and deals with a predominantly female workforce, the attention has not been occurred. That is why there are nurses who refuse to work overtime in B.C., which is crippling the system.

[Translation]

Mr. Paradis: The solution to the problem of work overload, in addition to putting more money into the system, lies partly in making more use of auxiliary nurses.

In Quebec, for example, an auxiliary nurse could easily perform up to 15 professional services, such as checking vital signs, administering certain injections or changing dressings.

In hospitals, six out of 15 professional services are carried out by auxiliary nurses. Of course this creates extra work for the registered nurses, who in the past were helped in this regard by auxiliary nurses.

There really is a major problem as regards the organisation of work and use of resources. When we are told that in Quebec 80 per cent of an institution's budget goes to salaries, a decision should be made to make the best and most rational use of auxiliary nurses.

In Quebec there are barely 150 auxiliary nurses in home support services, as compared with 8,000 registered nurses. Of those 8,000 registered nurses, 3,034 have Bachelor's degrees. The

Elles veulent pouvoir en outre exercer leur profession de la manière qu'elles ont été formées à le faire. Elles ne veulent pas seulement faire les gestes qu'on leur a enseignés, mais elles veulent également faire un travail de pédagogie, et prendre le temps de passer un moment au chevet d'un patient qui a besoin de soutien et de réconfort. Elles veulent pouvoir conseiller, encourager et accomplir tous ces actes à la fois essentiels et difficiles à chiffrer. Elles veulent pouvoir travailler dans un milieu où l'on respecte intégralement les règles de santé et de sécurité au travail et où elles disposent d'un certain pouvoir de décision.

Si, en tant qu'infirmière, j'estime que nous n'avons pas les moyens d'admettre un malade de plus dans un service donné, je voudrais que le système me reconnaisse une certaine marge d'appréciation me permettant, en soirée et pendant la nuit, de prendre moi-même la décision à cet égard. Je sais que le simple fait d'admettre une personne de plus peut, si je ne dispose d'aucun personnel supplémentaire pour m'aider, m'empêcher de m'occuper comme je dois des patients dont j'ai la charge.

On ne peut donc pas opter pour l'une ou deux des mesures prioritaires dont nous avons fait état, en écartant les autres, car elles sont toutes solidaires. Je reconnais qu'il s'agit d'une situation d'une grande complexité. Au niveau des soins infirmiers il existe au Canada une crise des effectifs. Rappelons tout de même que cette profession est exercée par des femmes à 96 p. 100. Il y a donc ce traditionnel manque de considération pour «un travail de femme». Reconnaissons-le. Il est clair que si une telle pénurie était constatée dans le secteur privé, on trouverait très rapidement les moyens de la résoudre.

Mais, étant donné qu'il s'agit d'une activité relevant du secteur public au sein d'une profession majoritairement exercée par des femmes, on n'y a pas accordé trop d'attention. C'est pour cela qu'en Colombie-Britannique, certaines infirmières refusent dorénavant de faire des heures supplémentaires, ce qui a pour effet de paralyser le système.

[Français]

M. Paradis: Une partie de la solution au problème de la surcharge du travail au Québec, outre le fait d'injecter plus de fonds, réside dans l'utilisation accrue des infirmières auxiliaires.

Au Québec, par exemple, une infirmière auxiliaire pourrait facilement poser jusqu'à 15 gestes professionnels, dont la prise des signes vitaux, l'administration un certain nombre d'injections, ou le changement de pansements.

Dans les établissements, six gestes professionnels sur 15 sont exécutés par des infirmières auxiliaires. Naturellement, cela crée une surcharge de travail à l'infirmière qui, dans le passé, était compensée par des infirmières auxiliaires.

Il y a vraiment un gros problème au niveau de l'organisation du travail et de l'utilisation des ressources. Quand on dit qu'au Québec, 80 p. 100 des budgets d'un établissement sont consacrés aux salaires, il semble qu'on devrait décider d'utiliser, de façon optimale et rationnelle, les infirmières auxiliaires.

Au Québec, dans le maintien à domicile, on retrouve à peine 150 infirmières auxiliaires et environ 8 000 infirmières. D'ailleurs, parmi ces 8 000 infirmières, on retrouve 3 034 infirmières

congestion of emergency services, where highly skilled staff are needed, could be relieved by making more use of auxiliary nurses in the local community service centres rather than registered and university graduate nurses. Such an approach would not be any more expensive and would increase access without reducing the quality of the health care available.

[English]

Senator Fairbairn: Mr. Paradis, that was a very courageous presentation, which I think many of us in this room can identify with, in certain ways. I am also aware of the strength of the arguments and the movement from my own province of Alberta, where great advances have been made, but at great cost.

To an extent you have already answered some of my questions. I wanted to raise the issue of the value of your work. It seems that the people value nurses and the patients value nurses; evidently, the system does not value nurses to a large degree. We all know that they have been leaving Canada in droves. Is value a strong enough word? In the application of your work, do you suffer discrimination in the degree to which your work is treated by colleagues — to say nothing of the governing system?

Ms Connors: I will provide an example. When you talk about value, I will talk about economic value.

A nurse working in Prince George, British Columbia is paid \$1.25 per hour to be on call. A physician is paid \$40 per hour to be on call. That speaks volumes about value, because the on call physician will frequently return to an operating room that requires the presence of nurses. That is a message to us about the value, or the lack thereof, of the work that is absolutely essential for the system to function.

Yes, we feel valued by our patients. That is the greater part of what keeps us going — when someone says “thank you for taking the time.” At Children’s Hospital in Winnipeg, the parents thanked the nurses for having the courage to speak publicly about the untenable situations. We feel that value by those for whom we care, whether we are home care nurses, hospital nurses or community nurses — it keeps the “boomers” in the system. It will not be enough to keep the Generation Xs in the system, because their set of values is different.

The issues relate to economic value and systemic value. Lack of nurses’ participation in some cases around the table when substantial health policy decisions are made, speaks to us about

bachelères. Il y aurait une possibilité de désengorger les salles d’urgence, où on a besoin d’une main-d’œuvre très qualifiée, en y utilisant plutôt les infirmières et les infirmières bachelères, et en utilisant davantage les infirmières auxiliaires dans les CLSC. De cette manière, cela ne coûterait pas plus et cela augmenterait l’accessibilité aux soins, sans diminuer la qualité des soins donnés à la population.

[Traduction]

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Paradis, l’exposé que vous nous avez présenté témoigne d’un grand courage et vous avez dit des choses auxquelles, dans une certaine mesure, beaucoup d’entre nous sont à même de se rallier. Je n’ignore pas la force des arguments développés, ni ce qui s’est fait en Alberta, dont je suis originaire, et où de grands progrès ont été effectués même si cela a coûté fort cher.

Vous avez déjà en partie répondu à certaines de mes questions. J’aurais voulu revenir tout de même sur la question de la valeur du travail que vous accomplissez. On a le net sentiment que le public respecte beaucoup le travail des infirmières, que les patients respectent beaucoup le travail des infirmières mais que le système, dans son ensemble, ne fait que peu de cas du rôle qu’elles remplissent au sein de notre système de santé. Nous savons que le Canada a vu partir de nombreuses infirmières. Est-ce exagéré que de parler de la valeur de votre travail? Dans l’exercice de votre profession, éprouvez-vous une certaine discrimination dans la manière dont les autres professionnels de la santé, pour ne rien dire du système et de ses gestionnaires, considèrent ce que vous faites?

Mme Connors: Laissez-moi vous citer un exemple. Vous avez parlé de valeur, je vais vous répondre sur le plan de la valeur économique.

À Prince George (Colombie-Britannique) une infirmière à qui l’on demande de se tenir en disponibilité au cas où l’on aurait besoin d’elle est payée, pendant cette période d’attente, 1,25 \$ de l’heure. Pour un médecin, l’heure de disponibilité est payée 40 \$. C’est une claire indication de la valeur relative qu’on attache à leurs services car le médecin tenu de se rendre d’urgence à la salle d’opération ne pourra se passer de l’aide des infirmières. Nous faisons un travail indispensable auquel, cependant, le système n’attribue qu’une valeur assez faible.

Cela dit, nous apprécions grandement la considération dont nous jouissons auprès des patients. C’est en grande partie ce qui nous motive — lorsque quelqu’un, par exemple, nous dit «Merci d’avoir pris le temps de faire cela». À Winnipeg, à l’hôpital pour enfants, les parents ont collectivement remercié les infirmières d’avoir eu le courage de dénoncer publiquement certaines situations inacceptables. L’estime des patients dont nous avons la charge, que ce soit dans le cadre de soins à domicile, en milieu hospitalier ou dans un centre communautaire, est ce qui encourage la génération d’après-guerre à rester à leur poste. Cela ne suffira pas par contre à retenir les gens de la génération suivante parce que ces personnes adhèrent à des valeurs différentes.

Il est donc question à la fois de valeur au sens économique et de valeur au sens organisationnel. Le fait que, dans certains cas, les infirmières ne soient pas invitées à participer aux décisions

value and the importance — or the lack of importance — of our input on the issues.

When we provide 75 per cent to 80 per cent of the care, is it not a given that we should be present when substantive decisions are made about the system in which we work and the policies that are implemented? Those are some of our points about our analysis of "value of nurses" in the system in which they work.

Ms MacDonald-Rencz: Studies and polls have shown that we are one of the most respected professions. Why does that not translate into power within the organization? In looking at it, by and large, nursing service is invisible. It is permeated throughout the organization. Our services are, if you will, institutionalized. When you try to extract the evidence — the result of nursing services — we have not been as effective at demonstrating that these nursing services activities are being done, you end up with this result.

In a time of evidence-based decision-making and data research, we realize that that has been a void. We are working with other groups such as the Canadian Institutes for Health Information and others, to make it more evident. When it came to the time of restructuring, and what Dr. Keon talked about — the "smushing" together of many buildings in the name of collaboration and called it "integration" — many of the nursing positions, as a cost saving, were eliminated.

The administrators did not have a clear sense of what the impact of that would be. To the nurses, the impact was obvious. It would make an impact if you eliminate one-quarter of the workforce, but there was not the evidence or the data to substantiate that logic.

That is another thing that we need to look at. That is why we speak so strongly to the issues of research, evidence and ensuring that information is shared so that decisions can be made and an idea of the impact can be known.

Senator Fairbairn: Ms MacDonald-Rencz, you used the word "pickle." You are in a situation that could make it dangerous for the country. It seems totally incongruous for me to see a group of people — largely women — who are trained and committed to helping other people, having to take to the streets for lengthy periods, withdrawing their services so that they can make small acceptable gains that will get them back to work. There is something terribly wrong with that. I do not know whether this committee will ever be in a position to come up with any answers, but certainly it is terribly wrong. It is not the Canadian way.

prises en matière de politique de santé montre bien la valeur et l'importance qu'on accorde à notre point de vue.

Étant donné que nous dispensons de 70 à 80 p. 100 des soins, ne serait-il pas à la fois juste et logique que nous soyons présentes lorsque sont prises des décisions affectant le système au sein duquel nous travaillons et les politiques qui influencent inévitablement notre activité professionnelle? Voilà quelques aspects de l'analyse que nous faisons de la valeur que les infirmières revêtent au sein de ce système.

Mme MacDonald-Rencz: Selon les études et les enquêtes qui ont été menées, nous constituons l'une des professions les mieux respectées. Comment se fait-il, dans ces conditions-là, que nous n'ayons pas plus d'influence au sein de l'organisation? Serait-ce parce que les soins infirmiers, par leur nature même, échappent un peu à la vue? Notre action s'exerce à tous les paliers du système. Nos services ont été, si l'on peut dire, institutionnalisés. Lorsqu'il s'agit de cerner la question d'un peu plus près — c'est-à-dire d'analyser le résultat net de l'activité infirmière prise dans son ensemble — il est vrai que nous n'avons pas très bien su manifester le contenu ou la substance même de l'activité infirmière et c'est sans doute en partie pourquoi nous en sommes arrivées là.

À une époque où l'on privilégie, lors de la prise de décisions, les démonstrations à base de données objectives, il est clair que nous avons pris du retard. Nous tentons, de concert avec d'autres groupes tels que l'Institut canadien d'information sur la santé de démontrer les choses plus clairement. Lors de la restructuration, et de ce que le Dr Keon a appelé le fusionnement d'immeubles au nom d'une plus grande collaboration, et qu'on a appelé globalement «intégration», de nombreux postes d'infirmière ont été supprimés pour faire des économies.

Les administrateurs n'ont pas vraiment réfléchi aux répercussions d'une telle mesure. Pour les infirmières, l'inévitable contrecoup était une évidence. Il est clair que la suppression d'un quart des effectifs compterait pour quelque chose mais on ne disposait pas des preuves ou de données permettant de le démontrer.

Il nous faudra donc, là aussi, affiner nos analyses. C'est bien pour cela que nous prôtons davantage d'efforts en matière de recherche afin de recueillir les données qui devraient servir de base aux décisions qui pourraient alors être prises en toute connaissance de cause.

Le sénateur Fairbairn: Madame MacDonald-Rencz, vous avez parlé de crise. Vous avez actuellement le pouvoir de mettre le pays en grande difficulté. Il me paraît contradictoire que des gens — essentiellement des femmes — qui, par formation autant que par vocation, s'occupent de gens malades, descendent dans la rue et manifestent des semaines durant, refusant d'assumer leur service afin d'obtenir de légères concessions qui les convaincront de reprendre le travail. J'y vois quelque chose de tout à fait anormal. Je ne sais pas si le comité va pouvoir recommander des solutions, mais il y a là quelque chose d'anormal dans un pays comme le Canada.

Senator Morin: Thank you for your interesting presentations. To me the issues relating to nursing human resources are by far the most serious facing our health care delivery system. In a way it is symptomatic of the problems that our health care system is facing.

I have two questions, one for Ms MacDonald-Rencz and one for Mr. Paradis.

You told us that the U.S. attracts and retains Canadian nurses, while we are unable to do so. What is so good about the American health care system?

[Translation]

You indicated that more use is made of auxiliary nurses in the United States. What is so good about the American system that we cannot do in Canada? I would ask Ms. Macdonald to respond first.

[English]

Ms MacDonald-Rencz: What is so good about the American system? I am not certain it is so much the American system as it is the way in which they treat their human resources.

Senator Morin: It is part of the system.

Ms MacDonald-Rencz: In the Canadian health care system, traditionally, the employers treat the health care graduates as though they are privileged to be hired. They say: "Complete an application form and we will call you if we need you."

When you see how high-tech companies recruit people — job fares, signing bonuses, et cetera — they search for employees; they offer employment, as opposed to the potential employee hunting down human resources somewhere.

The orientation is also not as strong as it could be. The Americans have a long tradition of aggressive recruitment. They like our Canadian graduates and we are seen as a source of workforce that they could employ to meet their cyclical shortages. They provide moving allowances for relocation; they look after spouses, who may need jobs; they help people with immigration; and they will help with any of the associated costs. When the employee arrives, there is an extensive orientation program and they offer mentoring programs. Many of the suggestions today have been taken from the American system.

Senator Morin: They also retain their nurses.

Ms MacDonald-Rencz: As soon as the probation period is over, they sit down and plan their career with the nurses. Would you like to go on and get certification? Would you like to get your

Le sénateur Morin: Je vous remercie de ces exposés d'un très grand intérêt. Il me semble que les problèmes qui se posent au niveau des personnels infirmiers sont de loin les plus graves de ceux que doit tenter de résoudre notre système de soins de santé. C'est d'ailleurs un problème assez caractéristique de l'ensemble des difficultés auxquelles nous devons faire face en ce domaine.

J'aurais deux questions à poser, la première à Mme MacDonald-Rencz et la suivante à M. Paradis.

Vous nous avez dit que les États-Unis font ce que nous ne sommes pas nous-mêmes en mesure de faire, c'est-à-dire d'attirer et de conserver des infirmières canadiennes. Quel pourrait être, à cet égard, l'attrait du système de santé aux États-Unis?

[Français]

Vous nous avez dit que le taux d'utilisation des infirmières auxiliaires était supérieur aux États-Unis. Qu'est-ce qui est si bon dans le système américain que nous ne sommes pas capables de faire chez nous? Je vais demander à madame Macdonald de répondre le premier.

[Traduction]

Mme MacDonald-Rencz: Quel serait le grand avantage du système américain? D'après moi ce serait moins le système américain que la manière que les Américains ont de traiter les ressources humaines.

Le sénateur Morin: Cela fait tout de même partie du système.

Mme MacDonald-Rencz: Traditionnellement, au Canada, l'employeur considère que l'infirmière diplômée a déjà beaucoup de chance d'obtenir un emploi. L'attitude est un peu: «Remplissez une demande d'emploi et on vous appellera si l'on a besoin de vous».

Lorsque vous voyez les efforts que déploient les entreprises de haute technologie en matière de recrutement — des foires aux emplois, des primes à l'engagement, et cetera. — les entreprises partent à la recherche d'employés; et elles leur offrent du travail. Elles vont à la rencontre des candidats au lieu de les obliger à faire la tournée des directions des ressources humaines.

On peut dire aussi que les programmes d'orientation pourraient être largement améliorés. Depuis longtemps, les Américains font preuve d'un plus grand dynamisme en matière de recrutement. Ils aiment nos diplômées, le Canada étant considéré comme une source de main-d'oeuvre permettant de pallier les pénuries cycliques. Ils accordent des primes de déménagement; s'occupent de faciliter aux conjoints la recherche d'un emploi; fournissent une aide en matière d'immigration et aident à défrayer les divers coûts d'un tel déménagement. Lorsque l'employé arrive à son travail, il est accueilli dans le cadre d'un programme d'orientation très complet et pris en charge par un mentor. Bon nombre des propositions que nous avons formulées aujourd'hui nous ont été inspirées par ce qui se fait aux États-Unis.

Le sénateur Morin: Les Américains n'ont aucune peine à conserver leurs infirmières.

Mme MacDonald-Rencz: Dès la fin de la période de stage, les responsables se réunissent avec les infirmières pour dresser un plan de carrière. Voudriez-vous poursuivre vos études et obtenir

masters? They offer funding and flexible hours so that they can pursue post-graduate training and education while they are employed. Having made this investment, they will then offer more employment opportunities. They are groomed for future positions.

None of that is reflected in our treatment of health care. Similarly, there has been a development of a "magnet" kind of environment — a strong practice environment — where they involve and engage the nursing community within that organization to make decisions. That is a powerful incentive to stay, because you feel like you are a valued employee.

[Translation]

Mr. Paradis: I would like to add that what my colleagues said about registered nurses is completely correct. The working conditions of auxiliary nurses are quite similar to those of registered nurses, since they do the same work as their colleagues. As regards the value of one's work being appreciated, I would say that when two-thirds of nurses have to work part time for over ten years before obtaining a full-time position, such a situation is not very attractive or good for one's feeling of being appreciated.

In answer to your question, Senator Morin, it was decided ten years ago in Quebec that they would have a health system comprising, in addition to doctors, only registered nurses. They thought they could do without auxiliary nurses, although there were about 20,000 auxiliary nurses in Quebec at the time. It was a growth period. The number of registered nurses is now over 65,000.

In 1997 something important occurred: the Quebec government decided to offer attractive severance packages to all health professionals wishing to retire. Over 5,000 registered nurses and 2,000 auxiliary nurses took retirement. That created a problem which has never been resolved and has worsened the shortage we are experiencing today.

We now need more auxiliary nurses. However, the decision to make the optimal use of auxiliary nurses, in accordance with the training they have received and with a view to providing a broader range of services so as to free up registered nurses, has not been implemented in the institutions concerned. There is a will to do so, but it has yet to be acted upon. The situation remains difficult. I would reiterate that the problem could be resolved in part by using auxiliary nurses. They are more available and could work far more hours each week than they are currently doing.

[English]

Senator Keon: I think that anyone who has been active in health care realizes that you have probably understated your case. I do not know that we could say the same about any other witnesses that we have ever had.

une accréditation? Voudriez-vous préparer une maîtrise? Ils offrent une aide financière et des horaires souples permettant aux infirmières de recevoir un complément de formation ou d'entamer un nouveau cycle d'études en même temps qu'elles travaillent. Ayant ainsi investi dans l'avenir de leurs personnels, ils vont ensuite leur permettre d'accéder à des postes comportant davantage de responsabilités. On les prépare à assumer de nouvelles fonctions.

Or on ne voit rien de cela ici. Aux États-Unis on a vu également s'instaurer des pôles d'attraction — des pôles d'excellence en fait — où la profession infirmière est invitée à participer aux décisions. Ce genre de chose encourage les gens à rester car ils sentent qu'on tient à eux.

[Français]

M. Paradis: J'aimerais préciser que ce qui a été dit par mes collègues au sujet des infirmières est tout à fait juste. Les infirmières auxiliaires vivent des conditions de travail assez semblables à celles des infirmières, puisqu'elles font le même travail que leurs consœurs. Sur le plan de la valorisation, quand deux tiers des infirmières doivent travailler à temps partiel pendant plus de dix ans avant d'obtenir un poste à temps plein, ce n'est ni intéressant ni valorisant.

Pour répondre à votre question, sénateur Morin, il y a 10 ans, au Québec, on a décidé d'avoir un réseau de la santé, composé, outre les médecins, uniquement d'infirmières. On pensait pouvoir se passer des infirmières auxiliaires, bien qu'à ce moment-là leur nombre était aux environs de 20 000. On était en période de croissance. D'ailleurs, pour ce qui est des infirmières, leur nombre dépasse maintenant 65 000.

En 1997, il s'est déroulé un événement important: le gouvernement du Québec a décidé de donner des conditions de départ avantageuses à tous les professionnels de la santé qui voulaient prendre leur retraite. Au-delà de 5 000 infirmières et 2 000 infirmières auxiliaires se sont retirées. Cela a créé un problème qu'on n'a jamais résolu, et cela a accentué la pénurie que nous connaissons aujourd'hui.

À présent, on a davantage besoin d'infirmières auxiliaires. Cependant, la décision d'utiliser des infirmières auxiliaires de façon optimale, selon la formation qu'elles ont reçue, et la possibilité qu'elles ont de donner des soins plus étendus pour dégager les infirmières, n'ont pas encore été mis en application dans les établissements. Il y a une volonté, mais elle tarde à se manifester par des gestes. La situation reste donc toujours difficile. Je répète qu'une partie du problème pourrait être réglée. Une partie de la solution à ce problème se trouve dans l'utilisation des ressources des infirmières auxiliaires. Elles sont davantage disponibles et pourraient offrir chaque semaine beaucoup plus d'heures qu'elles ne le font actuellement.

[Traduction]

Le sénateur Keon: Ceux qui connaissent un peu les milieux de la santé, savent que vous êtes plutôt restée en deçà de la vérité. Nous ne pourrions pas en dire autant de beaucoup d'autres témoins que nous avons entendus.

There is simply no question, from my own experience in the past 30 years, that there is a horrible problem coming down the road — a truly horrible problem coming. Part of the solution would be the churning out of large numbers of nurses. There is no question about that. You can see it happening when the nurses are overworked. When the nurses have enough resources, are happy in their environment and have the right resources, they are reasonably satisfied. However, when they are overextended, as you have pointed out, they begin to come apart; they become sick; and they move into other areas.

I will oversimplify a suggested solution to you, just for the purpose of discussion. You need big numbers and you need them now. There is no question about it. You need a much more flexible system than you have had for the last while. I think the rigidity of the system is killing you.

The Chairman: Do you mean the “system of education?”

Senator Keon: No. I mean the health system in which they work. Nurses have been swallowed by the big hospitals. I am a hospital administrator myself, as you know. In the early years, our nurses had many options. They could be nurse clinicians, ward nurses, ICU nurses, OR nurses, clinical educators, or any of many other choices. They had options for direction and higher education. Now the resources are snuffed out to the point where those options are non-existent.

I will throw something else at you. Earlier today a deputy minister stated that he would be totally opposed to any kind of private health care. In fact, 30 per cent of our health care is private now. The home care programs are largely private; the reimbursement of the nurse, if you can find one, is largely private. There is room in that for a little enterprise.

In addition to the numbers that you have to bring into the system — and adequate remuneration would come with that — what do you think of a look at the whole system? We have to develop an integrated health system that integrates everything from A to Z. The role of all health professionals must be defined in there. Nurses would largely run the primary and community care levels. What do you think of the private sector?

Ms Connors: I will respond to that, Dr. Keon, because you made a reference, specifically to the “home care” sector of health care. One of the realities of the 1990s was that we substantially reduced the capacity within the acute care hospital sector — the illness care sector. We created shorter periods of hospitalization, increased acuity of those in the sector and job intensification as a result of that, and then we sent people home to the community without the subsequent investment in the home care side of the provision of health care services.

I come from the Province of Manitoba, where the home care system is publicly funded and delivered. There is no private-for-profit service. In fact, the Manitoba government’s experiment with

Je me base sur une expérience de 30 ans pour dire qu’il ne fait aucun doute qu’on va vers une crise extrêmement sévère. On pourrait en partie l’éviter en produisant beaucoup plus d’infirmières. Cela est incontestable. Vous pouvez très bien voir ce qui se passe lorsque les infirmières sont surmenées. Les infirmières à qui l’on donne les moyens d’exercer correctement leur profession, sont contentes et assez satisfaites sur le plan du travail. Cela dit, à partir du moment où elles sont surmenées, rien ne va plus; elles tombent malades; elles démissionnent.

Laissez-moi, pour les besoins de la cause, esquisser à très grands traits une solution possible. Il nous faudrait, immédiatement, accroître énormément le nombre d’infirmières. Cela ne fait aucun doute. Il vous faudrait également travailler au sein d’un système beaucoup plus souple que le système actuel. Vous souffrez énormément de l’actuelle inflexibilité du système.

Le président: Vous voulez dire du système éducatif?

Le sénateur Keon: Non. Je veux dire le système de santé au sein duquel elles travaillent. Les infirmières ont été happées par d’énormes hôpitaux. Je suis moi-même administrateur d’hôpital et, au début, nos infirmières avaient un grand choix d’activités. Elles pouvaient ainsi devenir infirmières cliniciennes, infirmières de salle, d’unité de soins intensifs, de salle d’opération, infirmières pédagogues ou opter pour de nombreuses autres spécialités. Elles avaient la possibilité à la fois d’orienter leur carrière et de poursuivre leurs études. Aujourd’hui, les coupures budgétaires ont supprimé toutes ces possibilités.

Permettez-moi d’ajouter ceci. Un peu plus tôt, un sous-ministre nous a déclaré qu’il était radicalement opposé à l’idée de soins privés. Or, 30 p. 100 des soins de santé dispensés au Canada sont déjà assurés par le secteur privé. Les programmes de soins à domicile relèvent en grande partie du secteur privé. La rémunération d’infirmières, si tant est que vous en trouviez une, n’est souvent pas prise en charge. Certaines choses peuvent très bien être confiées aux initiatives privées.

En plus d’un accroissement des effectifs — et des augmentations salariales que cela suppose — il y aurait lieu de revoir l’ensemble du système. Il nous faut mettre en place un système de santé où absolument tout est intégré, du début à la fin. Le rôle de tous les professionnels de la santé devra être mieux défini. Les centres de soins communautaires et l’ensemble des soins primaires seraient en grande partie confiés aux infirmières. Que pensez-vous du secteur privé?

Mme Connors: Permettez-moi, docteur Keon, de répondre à cela car vous avez parlé des soins à domicile. Un des résultats des restructurations imposées dans les années 90 a été une réduction sensible des capacités d’accueil en soins intensifs — les soins apportés aux malades. Nous avons réduit les séjours en hôpital, augmenté donc la proportion de malades en phase aiguë et accru en cela les difficultés de la pratique hospitalière. Puis, nous avons renvoyé les malades chez eux sans vraiment leur assurer à domicile les soins dont ils avaient besoin.

Je suis moi-même originaire du Manitoba où le système de soins à domicile relève, aussi bien au niveau du financement qu’au niveau du service, du secteur public. Il n’existe, dans cette

private-for-profit home care proved a dismal failure. They could not obtain bids that were more cost effective in the delivery of quality home care services in Manitoba, and so they reverted to the publicly funded and delivered system.

Nurses in Ontario have gone through the experience of the requests for proposals and the competitive bidding process in home care. They can tell you that the result of that process, and the incursion of the private sector and the emphasis on providing levels of profit margin for their stockholders, has led to a direct downward pressure on those very nurses that work in the system. That is because the private-for-profit providers have to find a way to take the bid away from organizations such as St. Elizabeth's and the Victorian Order of Nurses, which has a 100-year history of providing private but not for-profit home care.

We have heard good testimony and decisions could be made on such evidence-based testimony. Our organization is supportive of publicly funded and delivered service that includes the education of the health care providers in Canada, and we are adamantly opposed to increasing the level of private sector involvement in our system, currently.

Senator Keon: To pursue that, I have also had the great privilege of spending my whole career in the system as it is, and I will retire before it changes. However, there are a few members of your organization who are currently working as private home care nurses. Do you think that is a reasonable option or do think that is a failure?

Ms Connors: Some nurses want to work in the home care area of the work environment. They find, frankly, that hospital nursing and long-term care nursing are not desirable work environments. Many nurses find reward in the independence of their clinical decision-making; they are able to work in an area where they can set the priorities, et cetera, in the provision of home care. That is part of the reward that keeps them there, despite the fact that they are subsidizing the system with inferior wages and benefits. Some of them do not even have pensions.

There is the whole issue of the motivator, or the "satisfier," for each individual practitioner. That "satisfier" must be recognized. Discrepancies of \$5 per hour between the earnings of a nurse in the home care sector and a nurse working in a hospital, is having a huge impact in Ontario with the bleeding back into the acute care sector. Nurses recognize that, economically, their financial requirements are available more readily to them in the hospital sector than they are in the private for profit home care sector, because of the introduction of the bidding process.

[Translation]

Mr. Paradis: During the summer and the fall of 2000, the Quebec Minister of Health Ms. Pauline Marois set up a commission of inquiry on health services. The commission

province, aucun organisme à but lucratif actif dans ce secteur. D'ailleurs, l'expérience tentée par le gouvernement du Manitoba en matière de soins privés a donné des résultats désastreux. Ils n'ont pas pu obtenir, lors d'appels d'offre, des soumissions permettant d'assurer, au Manitoba, des soins de santé à domicile de manière plus efficace et rentable que le système actuel. C'est pour cela que le Manitoba est revenu à un service public en ce domaine.

Les infirmières de l'Ontario ont eu l'occasion de répondre à des appels d'offre et de soumissionner pour des contrats de soins à domicile. Elles sont en mesure de vous dire ce qui s'est passé, car l'entrée en jeu du secteur privé et la nécessité de satisfaire les actionnaires, ont exercé, sur la rémunération des infirmières dont pourtant dépend essentiellement le système, une pression à la baisse. En effet, il fallait bien que les entreprises de soins privés présentent des soumissions plus basses que celles présentées par la St. Elizabeth et par les Infirmières de l'Ordre de Victoria, qui, depuis une centaine d'années, assurent des soins à domicile dans le cadre d'une initiative privée mais sans but lucratif.

Nous avons recueilli de nombreux témoignages qui pourraient servir de fondement à certaines décisions. Notre organisation est tout acquise à un système de soins de santé à domicile relevant du secteur public et assurant la formation du personnel soignant. Nous sommes farouchement opposées à toute augmentation, pour l'instant, du rôle confié au secteur privé en ce domaine.

Le sénateur Keon: Je précise que j'ai moi-même eu l'honneur de passer toute ma carrière au sein du système tel qu'on le voit aujourd'hui, et j'aurai pris ma retraite avant qu'on parvienne à le refaire. Cela dit, certaines de vos adhérentes travaillent actuellement, dans le secteur privé, en tant qu'infirmières dispensant des soins à domicile. Pensez-vous que cela corresponde à un choix raisonnable ou pensez-vous que ce genre d'initiative n'a pas donné les résultats voulus?

Mme Connors: Certaines infirmières veulent se spécialiser dans les soins à domicile. Je dois vous dire que c'est parce qu'elles préfèrent cela au travail en milieu hospitalier ou dans les maisons de santé. De nombreuses infirmières sont très attachées à leur indépendance et les soins à domicile leur laissent une plus grande initiative. C'est un aspect du travail qui les attirent même si elles étaient ce système en acceptant une rémunération et des avantages sociaux moindres. Certaines d'entre elles n'auront même pas de pension de retraite.

Il s'agit là d'éléments de motivation ou de satisfaction propres à chacun et il faut en tenir compte. Entre le taux horaire de rémunération d'une infirmière offrant des soins à domicile et d'une infirmière travaillant en milieu hospitalier, il peut exister une différence de 5 \$ et cela encourage beaucoup d'infirmières de l'Ontario à réintégrer les services de soins intensifs. Les infirmières savent tout de même bien qu'en raison du système des appels d'offre, elles peuvent s'attendre à être mieux payées dans un hôpital que par les entreprises de soins à domicile.

[Français]

M. Paradis: Au cours de l'été et de l'automne 2000, Mme Pauline Marois, ministre de la Santé, a créé une commission d'enquête sur les services de santé. Cette commission

focussed on two issues: organisation of funding and organisation of services. Surveys indicated that 88 per cent of Quebecers reiterated their wish to maintain a public, free-of-charge and universal health care system.

Quebeckers consider that the \$16 billion they are currently allocating to the health care system should be adequate to provide quality health care to everyone in the province. For our part, we are firmly and strongly opposed to privatisation, because it has not been demonstrated at all that the private sector would perform better than the public sector in this regard.

[English]

Senator Morin: On the same subject, Ms Macdonald-Rencz, a few minutes ago you described the superiority of the American health care system in its ability to attract and retain nurses. You did so very convincingly, and I am with you on that. Is their system not a private health care system? Why not? There have been documentaries about that recently. Some of the featured hospitals that have job fairs, et cetera, were for-profit private hospitals. I refer only to the U.S. where the hospitals are not all public facilities.

Ms MacDonald-Rencz: You are making comparisons within the American system and that could be the subject of another discussion. My examples included the activities of some American recruiting firms that is done equally between private and public.

Senator Morin: For example, is the State of Illinois the recruiter?

Ms MacDonald-Rencz: No, the hospitals are the recruiters.

Senator Morin: They do not have the same relation. Their hospitals do not have the same relation to the state government as we have to the provincial governments. In Canada, they are private only up to a point.

[Translation]

Mr. Paradis: On a per capita basis the United States spends more than any other country on health care. However, as regards performance, it is ranked 37th, far behind Italy which is close to the top.

In the United States the private health care system must not only break even but must also make a profit. In terms of quality, the public are forgotten about and have very little access to health care.

Senator Morin: Why are Quebecers being sent to the United States for health care?

Mr. Paradis: As I mentioned earlier, in 1997 too many professionals were encouraged to retire. As a result, many women with breast cancer had to go for treatment to the United States. It is true that there is a problem of money, but there is also a

d'enquête étudiait deux aspects, soit l'organisation du financement et l'organisation des services. Des sondages ont révélé que 88 p. 100 des Québécois ont réexprimé leur désir d'avoir un système de santé qui demeure public, gratuit et universel.

La population du Québec estime qu'elle consacre déjà 16 milliards de dollars dans les soins de santé, et que cette somme devrait être suffisante pour offrir des soins de qualité à toute la population. En ce qui nous concerne, nous nous opposons vigoureusement et fermement à la privatisation, car il n'est pas du tout démontré que le secteur privé ferait mieux que le secteur public en cette matière.

[Traduction]

Le sénateur Morin: À cet égard, vous avez, madame Macdonald-Rencz, dit il y a quelques instants que le système américain de soins de santé parvenait mieux que le nôtre à s'attacher les infirmières dont il avait besoin, et à les conserver. Vos arguments sont convaincants et je partage entièrement votre avis sur ce point. Leur système de soins de santé ne relève-t-il pas, pourtant, du secteur privé? Comment cela se fait-il? J'ai récemment regardé plusieurs documentaires traitant de ce sujet. Certains des hôpitaux qu'on nous citait comme ayant organisé des foires à l'emploi étaient des hôpitaux privés et, qui plus est, des établissements à but lucratif. Je ne parle là que des États-Unis où il y a des hôpitaux qui ne sont pas des établissements publics.

Mme MacDonald-Rencz: Vous effectuez là des comparaisons au sein même du système américain et la question mériterait un débat à elle seule. Mes exemples portaient notamment sur les activités de certains cabinets américains de recrutement qui travaillent aussi bien pour le compte d'établissements publics que pour le secteur privé.

Le sénateur Morin: Est-ce, par exemple, l'État de l'Illinois qui assure le recrutement?

Mme MacDonald-Rencz: Non, ce sont les hôpitaux eux-mêmes.

Le sénateur Morin: Aux États-Unis, il n'y a pas, entre les hôpitaux et le gouvernement des divers États, les mêmes relations qu'ici entre les hôpitaux et les gouvernements provinciaux. Au Canada, il est vrai, les hôpitaux privés ne le sont tout à fait.

[Français]

M. Paradis: Les États-Unis est le pays qui consacre le plus de ressources au domaine de la santé par personne. Au niveau de la performance, toutefois, il se situe au 37e rang, loin de l'Italie qui figure parmi les premiers.

En effet, aux États-Unis, le système de santé privé doit non seulement faire l'équilibre, mais il doit aussi faire des profits. En termes de qualité, la population est laissée pour compte, avec très peu d'accessibilité aux soins.

Le sénateur Morin: Pourquoi envoie-t-on les Québécois aux États-Unis pour des soins de santé?

M. Paradis: Comme je l'ai mentionné plus tôt, en 1997 on mis trop de professionnels à la retraite. Par la suite, de fait, plusieurs femmes atteintes du cancer du sein ont été obligées de recourir à des soins de santé aux États-Unis. Il est vrai qu'il existe un

problem of manpower planning. The situation should improve with time.

[English]

The Chairman: To clarify a point, when you consider the issue of the private sector, it is important to separate the issues of funding from service delivery. Often, when we think about a publicly funded service, we assume that it has to be delivered by the public sector, or the not-for-profit sector. The point that my colleagues made was that if you separate those two notions, it is not impossible have for part of, or all of, the population, a publicly funded program that could be delivered by the private sector.

I noticed in some of your answers that there was a tendency to assume that "public funding" automatically meant "public delivery," and they are two quite different issues.

Senator Cordy: First, I will comment on your report, Ms Jones. We have had many witnesses before us who have spoken about community health care teams, partnerships in health, et cetera. It is troubling to hear that, in Ontario, there are 200 trained nurse practitioners that are not working in their chosen field. I understood that the role of the nurse practitioner was an integral part of any community health care team. After hearing about what is happening, I wonder how seriously this profession is being taken by those who are in charge?

Ms Jones: When our illness system is in crisis, our health system, once again, is put on the back burner. Talking from the perspective of a community-based nurse, steeped in the principles of primary health care, there is a devaluation of the importance of the nurse practitioners' roles.

There was a thrust and a move forward, because there was an appreciation that we truly needed to look at and to open up community-based care. Now, as we again become more concerned about illness care, the potential of the nurse practitioners' roles has been put on the back burner.

We have fought long and hard, as primary health care nurse practitioners, for recognition of the skills that we share with medicine and for the understanding that that is the only gateway open to us — through our medical skills under the current health care system. You must be ill to enter into the system and that illness care usually came from another provider.

As primary health care nurse practitioners, we now have the skills to allow that gateway to come to us, from an illness care perspective. However, once we have an individual, or a family, within our practice, then we are able to put the focus on health promotion, disease prevention and supportive care, which encompass the nursing approach.

problème d'argent, mais il y a aussi celui de la planification de main-d'œuvre. Avec le temps, la situation devrait se corriger.

[Traduction]

Le président: Pour que les choses soient claires, j'estime que lorsqu'on parle du secteur privé, il faut bien faire la distinction entre source de financement et manière dont le service est assuré. Souvent, lorsqu'on parle d'un service subventionné, on prend pour acquis que le service lui-même va être assuré par un organisme public ou du moins par un organisme à but non lucratif. Mes collègues, me semble-t-il, tenaient à faire comprendre qu'à partir du moment où l'on distingue entre ces deux idées, il devient possible de prévoir, pour tel et tel secteur de la population, ou même pour la population tout entière, un programme de soins subventionnés qui seraient cependant assurés par des organismes privés.

J'ai cru relever, dans vos réponses, une tendance à assimiler le service subventionné à un service public alors qu'il s'agit de deux choses différentes.

Le sénateur Cordy: Je voudrais, en premier lieu revenir, madame Jones, sur certains des éléments que vous nous avez exposés. Nous avons eu l'occasion d'écouter nombre de témoins qui sont venus nous parler des équipes communautaires de santé, des partenariats dans le domaine de la santé et de diverses autres idées novatrices. Je suis troublée d'apprendre qu'en Ontario 200 infirmières praticiennes diplômées n'ont pas trouvé de travail dans le domaine précis de leurs compétences. Je pensais, en effet, que l'infirmière praticienne faisait partie intégrante des équipes communautaires de santé. Votre exposé me porte à me demander si les responsables prennent vraiment votre profession au sérieux.

Mme Jones: Alors que notre système de soins de santé est dans un état critique, on continue à négliger certaines solutions qui s'imposeraient pourtant. Il est clair que malgré la formation spécialisée qu'ont reçue les infirmières praticiennes, et le rôle essentiel qu'elles sont appelées à jouer au sein de la communauté, en matière de soins primaires, on ne reconnaît pas suffisamment le caractère fondamental de leur activité.

Il y a eu, à une certaine époque, un effort de changement et une reconnaissance du besoin d'insister davantage sur une médecine communautaire. Actuellement, on insiste plutôt sur les thérapies proprement dites et les infirmières praticiennes ont de nouveau été reléguées à un rôle secondaire.

Nous avons lutté pendant très longtemps, nous les spécialistes des soins primaires, pour obtenir que l'on reconnaisse nos compétences médicales et qu'on nous donne, dans le cadre du système de santé, les moyens de les exercer. Actuellement, le système insiste davantage sur l'aspect maladie et c'est, à ce moment-là, le médecin qui intervient.

En tant que spécialistes des soins primaires, nous avons toutes les compétences nécessaires pour prendre en charge ce domaine d'activité. Il s'agit d'une pratique qui met l'accent sur tout ce qui peut contribuer à la santé, sur une médecine préventive et sur l'écoute du patient.

Opening our health care system to allow that focus on the importance of primary health care, and to be able to organize primary health care is really the key. As we get caught up in what is happening to illness care and the funding of illness care, the tendency is to say that our community system can fall under private funding. That will, again, devalue the community system and not place the same emphasis on the importance of community-based care.

Senator Cordy: We are all aware of the shortages of nurses, certainly in Nova Scotia, where we hear about it all the time. Yet, the material we have mentioned the increase in numbers of casual and part-time workers in the nursing profession. Part-time work certainly affects benefits and pensions. In the teaching profession, many teachers choose to work part-time while their children are young. Are nurses voluntarily working part-time, or is it because our society is increasingly directed toward the part-time or casual status?

Ms MacDonald-Rencz: Probably, yes, to both of your questions. The movement to that began in the early 1990s, when restructuring was taking place; there was significant downsizing. Nursing services are one of the largest budget items, and if you need to make significant cuts in your budget, reviewing and reducing those services is automatic for an immediate and significant cost saving.

Yet, they knew that the administrators — whether home care or community hospital — still needed people to work at certain peak hours, and so they decided that casual or casual part-time status could provide the requisite staff and still maintain the cost savings — no benefits to pay out.

As a result of that, many of our new graduates who entered this working climate were forced to hold three or four part-time jobs. They have come to like it, though, because they do not have to work all of the weekends — they do not have to take their turn — and they can choose which unit to work in.

Many of the organizations are reporting difficulties with that system. They have converted many positions and now realize that it was a mistake. They were not saving money; by the time they reviewed the costs of the overtime, et cetera, they were paying, they decided to converted the positions to full-time status. However, they are having difficulty filling those positions because not all of the nurses want to revert.

Our concern relates to professional practice. For example, let us say that more than half the nurses in a renal transplant unit are casual. They are in this unit now and next time they'll be in home care or another unit. Will they understand the blood results that come back? The optimum situation is to have a core group of nurses working within that renal unit who know renal transplants and the signs that need to be looked at. This is true in any practice

Ce qui serait nécessaire ce serait d'accroître, dans le cadre de notre système de soins de santé, l'importance qu'on attache aux soins primaires, et de modifier en conséquence nos structures. En insistant principalement, comme nous le faisons actuellement, sur l'aspect maladie, nous avons tendance à abandonner le système de soins communautaires au secteur privé. Cela a pour effet de dévaluer nos structures communautaires et de ne pas tenir compte de leur importance essentielle.

Le sénateur Cordy: Nous sommes très conscients de la pénurie d'infirmières, notamment en Nouvelle-Écosse où le problème est souvent évoqué. Et pourtant l'on constate parallèlement un recours croissant aux infirmières à temps partiel ou au travail occasionnel. Le travail à temps partiel affecte, il est clair, les pensions de retraite et les avantages sociaux. Dans l'enseignement, de nombreux enseignants choisissent de ne travailler qu'à temps partiel alors que leurs enfants sont en bas âge. Est-ce de plein gré que les infirmières travaillent à temps partiel ou est-ce parce que la société a de plus en plus tendance à recourir à ce genre d'emploi?

Mme MacDonald-Rencz: Il y a, je pense, un peu des deux. La tendance s'est affirmée au début des années 90, à l'époque des restructurations; on a assisté alors à une réduction sensible des effectifs. Les services infirmiers constituent l'un des plus gros postes de dépense et en cas de contraintes budgétaires, on peut réaliser des économies importantes et immédiates en réduisant ce poste-là.

Les administrateurs — aussi bien dans le domaine des soins à domicile que dans les hôpitaux publics — savaient bien qu'à certaines heures de pointe il leur fallait tout de même avoir le personnel voulu et c'est alors qu'ils ont décidé qu'en engageant des infirmières à temps partiel ou à titre occasionnel, ils pourraient à la fois disposer du personnel dont ils avaient besoin et faire l'économie des avantages sociaux.

C'est ainsi que beaucoup de nos nouvelles diplômées se sont vues contraintes d'occuper simultanément trois ou quatre emplois à temps partiel. Elles s'y sont faites étant donné que cela leur permet de ne pas travailler toutes les fins de semaine — elles n'y sont pas astreintes à tour de rôle — et qu'elles peuvent choisir le service dans lequel elles vont travailler.

De nombreuses organisations signalent les difficultés qui découlent de cet état de choses. Celles qui avaient opté pour la précarité s'aperçoivent maintenant que c'était une erreur. Cela n'a d'ailleurs pas vraiment permis de réaliser des économies. Après avoir calculé le coût des heures supplémentaires et d'un certain nombre d'autres éléments, on a décidé de retransformer les postes à temps partiel en emplois à plein temps. Ces organisations éprouvent en cela des difficultés car il y a des infirmières qui ne veulent pas en revenir à l'ancien système.

Nos inquiétudes sont liées à la pratique même propre aux soins infirmiers. Disons, par exemple, que dans un service de transplantation rénale, plus de la moitié des infirmières travaillent à titre occasionnel. C'est dire qu'aujourd'hui elles travaillent dans ce service-là mais que demain elles peuvent aussi bien prodiguer des soins à domicile ou travailler dans un autre service. Sont-elles en mesure de comprendre les résultats des tests hématologiques

area, and I use that as an extreme example because most of us can relate to it.

We have a concern with what has been created. Yes, because it is a predominantly female profession, there has been a tendency to see the times in the life of the nurses when they will choose more part-time and casual because they have very young children. However, normally that reverts to full-time when the children are school age. We are now seeing something different.

Ms Connors: In the early 1990s, there was a proliferation of the casual employee. Frequently, it was the new graduates who held those positions. For a new practitioner, how do you solidify a skill set — your knowledge skills and abilities — if you are working in four different places, with four different sets of policies and procedures?

The stories that nurses told about those times in their work lives were horrendous. That was one of the reasons that the option of full-time employment, which led many of our new graduates — the cream of the crop — to work in the United States. There was full-time employment to be had, as well as some of the other incentives that we talked about.

There are, certainly, individuals who will opt for casual employment. Let us be honest, we do not have a national child care program. We do not have on-site child care available for nurses, who may be breast-feeding moms. The incentives to return to work are not in place. Those options are available in the U.S.

I hate to talk about the depressing reality of the workplace, but things are pretty bad. Casual workers can too easily refuse a shift that promises to be difficult, whereas the nurse with full-time status will go in because she has a commitment to work, even if she knows it will be a terrible shift.

Again, it is the issue of addressing the quality of the workplace — the work environment. I firmly believe that, if there were improvements to the work environment many of those who previously refused full-time employment positions would have a willingness to return.

There are still huge numbers of casual employment positions that need to be converted to full-time positions.

Senator Cook: Relative to the nurse practitioner surplus in Ontario, I understand you have about a 200 nurses who are not employed as nurse practitioners. Are they employed as registered nurses, or are they waiting for work?

Ms Jones: If we look at those 200 it breaks down to 50 per cent of each. Our graduates have returned to their previous employment in acute care or in community-based care, or they may be employed in locums or half-time capacities as nurse

transmis par le laboratoire? Ce qu'il faudrait c'est disposer, au sein du service rénal, d'un groupe permanent d'infirmières spécialisées dans le domaine des transplantations et sachant quels sont les indices à surveiller. Cela vaut pour tous les domaines des soins infirmiers mais je vous ai cité cet exemple car il décrit assez bien la situation.

Nous sommes préoccupées, donc, par ce qui se passe actuellement. Il est vrai que parce que notre profession est en grande partie exercée par des femmes, on peut prévoir que des infirmières qui ont des enfants en bas âge opteront pour un travail occasionnel ou à temps partiel. Normalement, cependant, elles reprennent le travail à plein temps lorsque leurs enfants sont en âge d'aller à l'école. Les situations ont changé.

Mme Connors: Au début des années 90, on a vu une forte augmentation du nombre de personnes travaillant à titre occasionnel. C'était, souvent, de nouvelles diplômées. Or, comment une praticienne qui vient d'achever ses études peut-elle consolider ses connaissances et ses aptitudes si elle travaille dans quatre endroits différents, chacun ayant ses propres politiques et ses propres procédures.

On a recueilli, sur ce point, des récits effroyables. C'est une des raisons pour lesquelles un grand nombre de nouvelles diplômées, les meilleures, ont choisi d'aller travailler aux États-Unis, où ou leur promettait un emploi permanent. On leur assurait non seulement un emploi à plein temps, mais également certains des avantages dont nous avons parlé plus tôt.

Il est clair que certaines personnes préfèrent travailler à titre occasionnel. Soyons sérieux. Il n'y a, au Canada, pas de programme national de garderie. On n'a pas prévu, à l'intention des infirmières, de garderie sur les lieux de travail, alors que certaines d'entre elles sont des mamans qui allaitent leurs enfants. On n'a pas su prendre les mesures qui les inciteraient à reprendre le travail. Or, aux États-Unis, ils ont su agir en conséquence.

C'est vraiment sans plaisir que j'évoque la situation déplorable que l'on constate sur les lieux de travail. C'est plutôt grave. Il est facile pour un travailleur occasionnel de refuser un service qui s'annonce difficile alors que les infirmières permanentes n'hésiteront pas, même devant un service pénible, en raison d'une sorte d'engagement professionnel.

On en revient au problème de l'environnement de travail. Je suis persuadée que si l'on a la volonté d'améliorer l'environnement de travail beaucoup des infirmières qui ont refusé d'assumer un poste à plein temps accepteraient de revenir.

Il reste un nombre énorme d'emplois occasionnels qu'il va falloir transformer en emplois permanents.

Le sénateur Cook: En ce qui concerne les infirmières praticiennes en Ontario, vous avez bien dit, n'est-ce pas, qu'il y en a 200 qui n'ont pas trouvé d'emploi correspondant à leurs capacités. Travaillent-elles en tant qu'infirmières autorisées, ou attendent-elles de trouver un emploi?

Mme Jones: Sur les 200, la moitié se trouvent dans la première situation, et les autres sont en attente. Nos diplômées ont trouvé un travail soit dans les soins intensifs soit dans des centres de soins communautaires. Certaines d'entre elles font des

practitioners. We see that 50 per cent are working in their capacity and 50 per cent are not employed.

Senator LeBreton: Are they lost to the system forever? It is a tremendous tragedy. If they have gone elsewhere, will we ever get them back? When there are such shortages, especially in the rural areas, it is shocking that 200 nurse practitioners are not employed. Where are they and will we get them back?

Ms Jones: There is a lack of identified funding for advanced practice nurses or nurse practitioners. There was not a clear appreciation of how they would be integrated into the system, so that it was a knee-jerk reaction. In the Province of Ontario, removing those funding, legislative and medical liability issues will bring them into the practice. While nurse practitioners who entered into those programs, were required two years' experience as RNs, most of them had an average nursing experience of 15 years.

We had an incredible strength of nurses who were attracted to the programs because we could use our full autonomy. We were able to make the decisions that nurses in other sectors would love to be able to make. For a nurse to have the right to say, "I have a practice" is incredible. I do not think that our 200 are lost to us. If they had a chance to hold NP positions, they would do so immediately.

Senator Callbeck: You have certainly given us much to think about.

My first question has been answered, concerning the graduate nurses moving to States to work, and we talked about the reasons for that. I wonder if the shift from permanent status to casual and part-time status played a part in our nurses making that decision. A Library of Parliament document of a recent comparative survey states that 41 per cent of American nurses expressed satisfaction with their jobs compared to 32.9 per cent in Canada. I found that statistic surprising.

From what you have said, I understand that, initially, it did play a part. Those graduates went to the states because they could not get permanent work here. Now, however, I understand that there are many permanent positions available and nurses cannot be found to fill the vacancies. Is that correct?

Ms MacDonald-Rencz: As our studies have shown that once you have lost them to another country, they are gone for good. They connect with the new community and set down roots; they develop relationships, settle and raise families. In actually looking at repatriating — and that is the phrase that is being used by recruiters — a number of the Canadian nurses are simply not

remplacements ou travaillent à mi-temps en tant qu'infirmières praticiennes. La moitié d'entre elles travaillent donc dans leur spécialité, et l'autre moitié n'a pas encore trouvé d'emploi.

Le sénateur LeBreton: Nous sommes non seulement confrontés à un problème de vieillissement généralisé de la population, mais de plus un problème de manque de ressources humaines dans tous les domaines que vous couvrez. Que peut-on faire? Sommes-nous en train de louper le coche du côté du recrutement? Comment allons-vous inciter les gens à embrasser des carrières dans ces domaines et à les retenir dans leur poste? Serait-ce que nous n'en faisons pas assez pour que ces postes soient attrayants pour les jeunes, dans nos institutions d'apprentissage?

Mme Jones: Nous manquons de fonds spécifiquement destinés aux infirmières praticiennes. Nous ne savions pas très bien comment les intégrer dans le système, et nous misons sur un automatisme. En Ontario, il sera possible de les ramener à la pratique une fois que les problèmes de financement ainsi que de responsabilités législatives et médicales auront été réglés. On leur avait demandé un minimum de deux années d'expérience à titre d'infirmières diplômées, mais on s'est aperçu que la plupart des infirmières praticiennes qui intégraient ces programmes avaient en moyenne 15 années d'expérience.

Nous sommes parvenus à en attirer beaucoup dans les programmes en question parce que nous étions pleinement autonomes. Nous avons pu prendre des décisions que les infirmières d'autres secteurs auraient adoré pouvoir prendre. C'est merveilleux, pour une infirmière de pouvoir dire «J'ai une poste». Je ne pense pas que nous ayons perdu à jamais ces 200 infirmières. Si nous pouvions leur offrir un poste de praticienne, elles sauteraient dessus.

Le sénateur Callbeck: Vous venez de nous donner beaucoup de matière à réflexion.

Vous avez déjà répondu à ma première question, qui concernait les infirmières diplômées allant travailler aux États-Unis, et nous avons parlé des raisons qui les poussent à faire cela. Je me demande si le passage du statut d'employé permanent à celui d'employé occasionnel et à temps partiel a beaucoup joué chez ceux et celles qui ont pris cette décision. Dans un document de la Bibliothèque du Parlement, on parle d'un récent sondage comparatif selon lequel 41 p. 100 des infirmières américaines se disent satisfaites de leur emploi, contre 32,9 p. 100 pour les infirmières canadiennes. Je trouve ces statistiques étonnantes.

J'ai cru comprendre de ce que vous avez dit que cela a pu jouer un rôle au début. Ces infirmières et infirmiers diplômés sont allés aux États-Unis parce qu'ils ne trouvaient pas d'emploi permanent ici. Mais aujourd'hui, il y a beaucoup d'emplois permanents de disponibles, au point que nous n'avons pas assez d'infirmières pour les combler. Est-ce que je me trompe?

Mme MacDonald-Rencz: Comme l'ont montré nos études, une fois que ces infirmières sont allées travailler ailleurs, elles sont parties pour de bon. Elles s'intègrent dans leur nouvelle collectivité et prennent racine. Elles nouent des relations sur place, s'installent et fondent des familles. La plupart des infirmières qui sont parties ne veulent pas être «rapatriées» — c'est le mot

interested. They would be interested if they could be guaranteed some security and the same kind of continuing education and career path opportunities that they have had.

To address the high incidence of dissatisfaction, I believe that shows up when you compare one study with another. A report was just released on May 7 that received a fair amount of media attention. It is an international study that looks at the quality of care and working conditions in five countries. It examines those issues in the United States, England, Germany, Canada and one other country. The report compared the satisfaction levels in the different countries and correlated the satisfaction and the workload to actual patient outcomes. There is not a great variation between Canada and the United States, which is interesting. I could certainly share a copy of this report if you care to look at it.

Ms Connors: We have wonderful international working relationships with many nurses and groups who do the bargaining for nurses in the United States. Certainly, dissatisfaction levels among nurses, with respect to their work environments, are quite similar to ours. Again, the questions are raised. What does the workplace look like? What kind of support system does it have? Does it have a magnet-type of work environment, where people are valued for their work in the system? Those are very much issues.

Many American nurses have never known anything but the American way. They hear about the Canadian health care system but they have not experienced it. I have asked nurses in the States, "How can you stay and work in a system where you have to check your cheque book before you can access care, in many ways?" They say, "We are not the ones checking the cheque books, but rather, we provide the care. Checking the cheque book happens elsewhere in the building."

Nurses do not have to confront those issues. I have spoken with some nurses who said that that is one reason why they returned to Canada — the whole philosophy of the American system is just not compatible with their set of values, and so they returned home.

There is also the issue of job security. Canadian nurses who work anywhere in the U.S. say that they could come back to Canada, but when the next round of budget cuts occurs, they would be the first ones let go, because they were the last ones hired. Thus they say, "Will we leave the security that we have?"

The issues surrounding continuing education, support for education and what kind of career, rather than what kind of job, are very important. They do not see those kinds of provisions in the work environment that is being offered to them by the recruiters, who are now going across the border and trying to bring Canadian nurses home.

qu'emploient les spécialistes du recrutement. Elles pourraient être intéressées à revenir si on leur garantissait une certaine sécurité d'emploi, et le même genre d'éducation continue et de possibilités de carrière qu'aux États-Unis.

Quant au degré de mécontentement, il suffit de comparer ce document avec ce que dit une autre étude. Un rapport, qui a fait l'objet d'une attention soutenue de la part des médias, vient juste d'être publié... le 7 mai dernier. Il s'agit d'une étude internationale comparant la qualité des soins offerts et des conditions de travail du personnel soignant dans cinq pays. On y examine l'ensemble des problèmes aux États-Unis, en Angleterre, en Allemagne, au Canada et dans un autre pays. Ce rapport compare les niveaux de satisfaction dans les pays étudiés et établit une corrélation entre le degré de satisfaction, la charge de travail et les résultats du côté des patients. Il n'y a pas beaucoup d'écart entre le Canada et les États-Unis, ce qui est intéressant. Si vous le voulez, je vous ferai parvenir un exemplaire de ce rapport que vous pourriez examiner.

Mme Connors: Nous entretenons d'excellentes relations de travail avec plusieurs infirmières et groupes de négociation d'infirmiers et infirmières aux États-Unis. Il est vrai que le niveau de mécontentement des gens aux États-Unis, par rapport leur milieu de travail, est semblable au nôtre. Mais des questions se posent. À quoi ressemble le milieu de travail? Quel genre de système de soutien ont-ils là-bas? Ont-ils un milieu de travail qui attire les gens, où les gens sont appréciés pour ce qu'ils font? Ce sont là des aspects importants.

Plusieurs infirmières et infirmiers américains n'ont jamais rien connu d'autre que l'environnement américain. Ils ont bien entendu parler du système de soins de santé canadien, mais ils n'en ont jamais fait l'expérience. J'ai demandé à des infirmières aux États-Unis comment elles font pour travailler dans un système où les gens doivent vérifier leur solde en banque avant de songer à se faire soigner. Elles m'ont répondu «Ce n'est pas nous qui vérifions l'état des comptes des patients, nous leur prodiguons des soins. Ce sont d'autres personnes qui font la comptabilité».

Les infirmières n'ont pas à se préoccuper de cela. Cependant, certaines m'ont dit que c'est une des raisons pour lesquelles elles étaient rentrées au Canada. Je veux parler de toute la philosophie du système américain qui n'est simplement pas compatible avec leurs valeurs, ce qui les a incitées à rentrer au Canada.

Il y a aussi la question de la sécurité d'emploi. Les infirmières canadiennes qui vont travailler n'importe où aux États-Unis disent qu'elles aimeraient bien rentrer au Canada, mais qu'à la prochaine série de réductions budgétaires, elles seraient les premières à en pâtir, parce qu'elles seraient les dernières à avoir été engagées. Elles se demandent si elles vont renoncer à la sécurité d'emploi qu'elles ont là-bas.

Toutes les questions qui touchent à l'éducation continue, au soutien à l'éducation de même qu'au genre de carrière ou plutôt au genre d'emploi offert, sont très importantes. Elles ne voient pas toutes ces choses-là sur le milieu de travail, dans les propositions que leur font les agents de recrutement, qui portent maintenant leur action au sud de la frontière et qui essaient de ramener les infirmières canadiennes chez nous.

[Translation]

Mr. Paradis: I would like to add that if more full-time positions were created — and there is talk of doing so — that would lead to a better quality of life, better work schedules and in all likelihood less overtime.

At present in Quebec registered nurses and auxiliary nurses have to work overtime because they are practically obliged to do so. People become burned out because they are overworked and so move elsewhere, like the United States which offers better working conditions, higher salaries and tax benefits. If we were to improve the organisation of work in Quebec, we could certainly create a better atmosphere which would help us keep our nurses.

[English]

Senator Callbeck: We talked tonight about the number of young people entering nursing, the decreasing numbers and the importance of a track record. Have some provinces been more successful than others in enticing young people to enter the field of nursing?

Ms MacDonald-Rencz: I cannot speak to specific numbers. Anecdotally, there are some provinces that are more successful. Alberta is one with the recent agreement that they have. There is no doubt about it. Their programs are drawing nurses from other provinces and are being oversubscribed. However, this is anecdotal information, because the trend to have some incentives to do this is relatively new in Canada. It would be interesting to follow up on what you have identified in a document.

Ms Connors: In the two weeks following the ratification of the United Nurses of Alberta agreement, there were 500 calls from nurses, who were currently not working in Alberta's health care system, about job opportunities within the Calgary Regional Health Authority. Again, if you pay people what they are worth, they will be enticed into returning.

That is why one of the issues that we continue to promote and hope that there will be support for, is the use of employment insurance dollars. There is a surplus. If skilled trades can access EI dollars to continue to advance their education, why can nurses not do the same thing? We need to look at that. Why does EI prevent access of dollars for post-secondary education?

The reality is that, for many nurses or people who entered nursing, it was a job that was seen as open to all, not necessarily the richer families. I came from a rural farm background and nursing was something that our family could afford for me. If I were now that same young woman in that community, I have to tell you, I would really seriously question whether I could choose

[Français]

M. Paradis: J'aimerais ajouter que si l'on créait davantage de postes à temps complet — et on en a parlé d'ailleurs — cela aurait pour effet de donner une meilleure qualité de vie, une meilleure cédule de travail et, par le fait même, il y aurait sans doute moins de temps supplémentaire.

Au Québec présentement, les infirmières et les infirmières auxiliaires sont obligées de faire du temps supplémentaire parce qu'elles y sont pratiquement forcées. C'est vraiment l'épuisement qui s'installe, dû à la surcharge de travail, et donc, on a tendance à aller ailleurs; aller aux États-Unis qui offrent des infrastructures plus intéressantes au niveau des conditions de travail, des salaires et des avantages fiscaux. Si on revoit ces organisations de travail au Québec, il y a certainement possibilité de créer un climat plus propice et ainsi garder nos infirmières.

[Traduction]

Le sénateur Callbeck: Tout à l'heure, nous avons parlé de la diminution du nombre d'étudiants en sciences infirmières ainsi que de l'importance d'une bonne fiche de route. Certaines provinces ont-elles mieux réussi que d'autres à attirer les jeunes dans le domaine des soins infirmiers?

Mme MacDonald-Rencz: Je ne pourrais vous donner de chiffres précis, mais on sait que certaines provinces réussissent mieux que d'autres. L'Alberta en est une, à la suite de la signature récente de la convention. C'est certain. Les programmes de l'Alberta attirent des infirmières d'autres provinces, si bien qu'il y a maintenant trop d'inscrites. Encore une fois, il ne s'agit pas là de données statistiques, parce que la tendance à adopter des incitatifs pour parvenir à de tels résultats est relativement nouvelle au Canada. Il serait intéressant de faire le suivi de ce qui est dit dans ce document.

Mme Connors: Dans les deux semaines qui ont suivi la signature de la convention collective des United Nurses of Alberta, 500 infirmiers et infirmières, qui ne travaillent actuellement pas dans le système de soins de santé albertain, ont téléphoné à l'administration de santé régionale de Calgary pour se renseigner sur les débouchés d'emploi. C'est toujours la même chose, si vous payez les gens à leur juste valeur, ils seront incités à revenir.

Voilà pourquoi un des dossiers que nous continuons de promouvoir et pour lequel nous espérons avoir un appui, est celui de l'utilisation de la caisse d'assurance-emploi à des fins de formation. Nous avons un excédent. Puisqu'on permet aux artisans d'utiliser l'argent de l'A-E pour continuer à se perfectionner, pourquoi ne fait-on pas la même chose avec les infirmiers et infirmières? Il faut étudier cette question. Pourquoi l'assurance-emploi refuse-t-elle aux infirmières la possibilité de toucher de l'argent pour poursuivre des études post-secondaires?

En fait, pour la plupart des personnes qui ont embrassé une carrière d'infirmier ou d'infirmière, ou d'autre carrière de soignant, il s'agissait d'emplois ouverts à tous, pas nécessairement aux enfants de familles riches. Personnellement, j'ai été élevée dans une exploitation agricole, mais ma famille avait les moyens de me payer des études d'infirmière. Si j'étais jeune dans la même

to go into nursing, because our family could not afford the burden of the tuition and relocation for the post-secondary education.

Ireland got it right — free tuition. The nurses organization there talks about the increasing numbers of people looking at nursing. We have not always traditionally relied only on the young people. Many people have chosen nursing as a second career. Those kind of things need to be valued as well.

Senator LeBreton: We have been doing this health care study for quite some time now. I have found this testimony the most distressing and depressing because we are talking about the most fundamental basics of our health care system. We have been talking about technology and new pharmaceuticals. However, if we do not fix this then I think that we are in a canoe heading to Niagara Falls in a quick hurry.

Ms Connors, I am prompted to ask you this question because of a statement made by Dr. Keon which makes me realize how right you are. He said something to the effect that we are soon into a big disaster if something is not done.

You talked about the rate of nurses quitting their jobs. You said that one in six Canadian nurses working in hospitals plan to quit within the next year. Even worse, you said that among nurses under the age of 30 years, that figure rises to almost one nurse in three nurses plan to quit. You noted that the young people will not put up with this.

I was raised on a farm. I thought I would be a nurse when I was young.

Where is the point of no return? Has there been a study done? If this condition continues, when will it get to point where we will not be able to function if this is not fixed?

Ms Connors: The 1997 study by the Canadian Nurses Association forecasts that if nothing is done to address this topic, by the year 2011 there would be 113,000 too few registered nurses in the system. That is not that distant in time.

The average retirement age of a nurse in Canada is not 65 years of age. It is 56 years of age. The average age of nurses currently is 47 years of age. The bulk of us are heading for retirement over the next several years, in less than 10 years. We are getting into a real crunch.

The importance and focus of addressing the nursing health human resource issue is imperative. We ignore it at the peril of our health care system. That is the message that we cannot state any more passionately to you as a committee looking at the future of our health care system.

collectivité aujourd'hui, je vous garantis que je m'interrogerais très sérieusement avant d'embrasser cette carrière, parce que ma famille ne pourrait plus se permettre de payer les frais d'inscription et de résidence dans une autre ville pour mes études post-secondaires.

L'Irlande a fait ce qu'il fallait du côté des frais de scolarité. L'organisation qui représente les infirmiers et infirmières là-bas a constaté une augmentation du nombre de candidats à la profession. Nous n'avons pas toujours compté sur les jeunes pour le recrutement. Bien des gens choisissent les soins infirmiers comme deuxième carrière. Il nous faut savoir accorder de la valeur à cela aussi.

Le sénateur LeBreton: Il y a déjà pas mal de temps que nous étudions l'état du système de soins de santé, et je trouve que ce témoignage est le plus déprimant de tous ceux qu'il nous a été donné d'entendre, parce qu'il concerne les véritables fondements de notre système de soins de santé. Nous avons parlé de technologies et de nouveaux produits pharmaceutiques. Toutefois, si nous ne réglons pas ce problème nous courrons à la catastrophe.

Madame Connors, ma prochaine question m'a été inspirée par une déclaration du Dr. Keon qui m'a amené à me rendre compte à quel point vous avez raison. Il a dit que nous courrions à la catastrophe si nous ne faisons rien.

Vous avez parlé du taux d'infirmières qui quittent leur emploi. Vous avez dit qu'un infirmier ou une infirmière sur six travaillant dans un hôpital envisage de s'en aller dans le courant de l'année prochaine. Pire encore, vous nous avez déclaré que, parmi ceux et celles qui sont âgés de moins de 30 ans, cette proportion atteint presque une personne sur trois. Vous nous avez indiqué que les jeunes ne vont pas tolérer cette situation.

J'ai été élevée dans une ferme. Moi aussi, je pensais devenir infirmière quand j'étais jeune.

Où se trouve le point de non-retour? A-t-on effectué une étude? Si cette situation se perpétue, en arrivera-t-on au point où nous ne pourrions plus fonctionner?

Mme Connors: L'étude de 1997 réalisée par l'Association canadienne des infirmiers et infirmières annonçait que, si rien n'était fait pour régler ce problème, il nous manquerait 113 000 infirmières et infirmiers diplômés en 2011. Ce n'est pas si éloigné de nous.

L'âge moyen de départ à la retraite pour un infirmier ou une infirmière au Canada n'est pas de 65 ans, il est de 56 ans. L'âge moyen dans la profession est actuellement de 47 ans. Le gros de nos effectifs va donc prendre sa retraite d'ici quelques années, dans moins de 10 ans. Nous allons alors connaître un moment critique.

Il faut se dire qu'il est absolument nécessaire de s'attaquer au problème des ressources humaines dans le domaine des soins infirmiers. Nous ne faisons rien, mais c'est péril du système de soins de santé. Voilà le message que nous ne pouvons que répéter haut et fort à votre comité qui se penche sur l'avenir de notre système de soins de santé.

I return to the issue of sustainability. If you do not sustain the nursing workforce, you will not sustain Canada's health care system.

The Chairman: On that note, I thank all of you for having taken the time to be with us.

Senators, we are going to do our last panel during this meeting tonight because they are from out of town. I would ask you to be a patient.

We have Kurt Davis of the Canadian Society for Medical Laboratory Science, Dr. Tim St. Denis of the Canadian Chiropractic Association, and Dr. Paul Johns, the past chair of the Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine.

Mr. Davis, if you would begin please.

Mr. Kurt Davis, Executive Director, Canadian Society for Medical Laboratory Science: Mr. Chairman, I would like to start by mentioning that we are privileged to have tonight with us Mr. David Ball from Newfoundland. He is the elected President of our national society. He is laboratory manager at the Western Memorial Hospital in Cornerbrook, Newfoundland.

I will tell you a little about who we are because while medical laboratory technologists represent the third-largest health care profession, they are probably the least understood and least known.

Our organization is the national professional society and certifying body for medical laboratory technologists in Canada. We were founded in Hamilton, Ontario in 1937 as the Canadian Society of Laboratory Technologists. We changed our name in 1997 to the Canadian Society for Medical Laboratory Science. Our head offices are located in Hamilton, Ontario.

We are the third-largest health care profession. Eighty-five per cent of practitioners are female. We have approximately 21,000 members practising across Canada.

Our members work in the hospital, medical and diagnostic laboratories. If you have had a blood test, a throat swab, or some other body fluid sent to the lab for analysis, then one of our people have taken care of you.

I must point out that the laboratory generates 85 per cent of the diagnostic information in the health care system. Please remember that fact. It will be important when we come back to it later.

Health reform has had a significant impact on the medical laboratory. The downsizing of the 1990s eliminated 29 per cent of the medical laboratory technologist workforce. In Alberta in 1995, we had a reduction of 1500 medical technologists overnight.

I will update you on information that was completed yesterday and is not in your papers. We now have 10 programs in Canada operating with a September 2001 enrolment of 295.

Pour en revenir à la question de la viabilité, il est évident que si vous ne maintenez pas les effectifs infirmiers, vous ne parviendrez pas à assurer la viabilité du système canadien de soins de santé.

Le président: Sur cette note, je vous remercie d'avoir pris le temps de vous rendre à notre invitation.

Chers collègues sénateurs, nous allons maintenant passer à notre dernier groupe de témoins pour la soirée, qui viennent tous de l'extérieur d'Ottawa. Je vous demande d'être encore un peu patients.

Nous accueillons Kurt Davis de la Société canadienne de science de laboratoire médical, le Dr Tim St. Denis, de l'Association chiropratique canadienne, et le Dr Paul Johns, président sortant des Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale.

Monsieur Davis, je vous invite à commencer.

Kurt Davis, Directeur exécutif, Société canadienne de science de laboratoire médical: Monsieur le président, pour commencer, je tiens à vous dire que nous sommes honorés de compter parmi nous M. David Ball, de Terre-Neuve, qui est président élu de notre société nationale. Il est directeur de laboratoire à l'hôpital Western Memorial de Cornerbrook.

Je vais vous dire rapidement qui nous sommes parce que nous représentons le troisième groupe en importance de professionnels de la santé au Canada et nous sommes sans doute les moins bien compris et les moins bien connus.

La société professionnelle nationale que nous sommes est l'organisme de certification des technologies de laboratoire médical au Canada. Nous avons été fondés à Hamilton en 1937 sous le nom de Société canadienne des technologistes de laboratoire. Nous avons changé de nom en 1997 pour devenir la Société canadienne de science de laboratoire médical, mais nous avons toujours notre siège à Hamilton.

Nous sommes au troisième rang en importance parmi les professions de la santé. Quatre-vingt-cinq pour cent de nos quelque 21 000 membres au Canada sont des femmes.

Nos membres travaillent dans les hôpitaux ainsi que dans les laboratoires médicaux et diagnostiques. Ce sont eux qui analysent les échantillons sanguins, les prélèvements de mucus et toutes les autres sécrétions corporelles.

Je dois vous dire que les laboratoires produisent 85 p. 100 des données diagnostiques du système de santé. Ne l'oubliez pas, c'est très important et nous y reviendrons plus tard.

La réforme de la santé a eu d'importantes répercussions sur les laboratoires médicaux. L'effectif des technologistes de laboratoire a été amputé de 29 p. 100 dans les années 90. En Alberta, en 1995, nous avons subi une réduction de 1 500 technologistes du jour au lendemain.

Je vais vous donner l'information qui manque dans les documents que nous avons préparés hier. Nous offrons maintenant dix programmes au Canada et avons 295 inscrits pour septembre 2001.

Our profession is not unlike many of the other health professions in that we are facing a shortage in the future. We have identified this through data on certification information from our organization. We have lobbied the Advisory Committee on Health Human Resources — ACHHR — to examine our profession. We started those discussions in 1996. Finally in 1998, they started a study. In 1999, their recommendations came down.

Unfortunately, nothing has been done with those recommendations. Our problem continues to grow. We are a profession comprising baby boomers. Nearly 45 per cent of our profession will be eligible to retire by the year 2015.

The accumulated knowledge and the resources that will be leaving our industry are immense. The number of training programs across Canada was significantly reduced during the excesses of the 1990s when we had a surplus of medical technologists. We faced considerable concerns on what our future supply would be. We looked at the numbers as presented in this slide. You can see that over the next five years we will be short by about 120 technologists. Each technologist does between 10,000 to 20,000 diagnostic tests. That is an enormous number of tests that will not be done each year if the system continues in the current direction.

In five years, that shortage almost doubles. There is an extreme concern about the ability of the sustainability of the future programs.

Training positions in Quebec were not reduced during the 1990s. The Quebec government policy is to offer education to the students in the community of their choice. Therefore, we have a significant surplus of francophone graduates in our profession.

Some of the concerns that was not addressed in this report but are looming in the background are the increased demands for medical testing. Throughout all the health cutbacks of the 1990s, the amount of diagnostic testing was not reduced. In fact, it increased. Patients were sicker; they needed faster test results because they needed to get them out of the hospital quicker.

There is also the evolution of new tests. You have all read about the impact of the genome project and molecular biology. Genetic testing is in the domain of the medical laboratory and will have a huge impact in the future for our profession.

I must reiterate the concerns that you have heard already today about burnout and fatigue resulting from staff shortages and overloads. There is already evidence of an impact on the quality of work. A study produced last year in Ontario clearly evidenced the declining quality of laboratory testing in the province of Ontario.

This is not a made-in-Canada problem. As you have also heard with other professions, there is a global shortage of medical laboratory technologists. We are not immune to the brain drain to the United States. During the 1990s, we had a surplus of technologists. A number of our members moved to the United States. They are staying there, and it is unlikely they will return.

Notre profession n'est pas différente de la plupart des professions de la santé, puisque nous allons être confrontés à des pénuries de personnel dans l'avenir. On s'en rend compte à l'analyse des données sur l'accréditation. Nous avons insisté pour que le comité consultatif des ressources humaines en santé analyse notre profession. Nous avons débuté ces discussions en 1996 et ce n'est qu'en 1998 que le comité a entamé son étude. Nous avons reçu ces recommandations en 1999.

Malheureusement, ce n'est pas allé plus loin. Notre problème s'aggrave. Nous sommes une profession composée de baby boomers. Près de 45 p. 100 de nos gens pourront prendre leur retraite d'ici 2015.

Nous allons perdre un immense savoir accumulé ainsi que des ressources considérables. Le nombre de programmes de formation a été grandement réduit partout au Canada, lors des débordements des années 90, quand les technologistes de laboratoire étaient en nombre excédentaire. Nous nous demandons très sérieusement où nous allons bien pouvoir trouver nos membres dans l'avenir. Voyez les chiffres de cette diapositive. Vous constaterez que dans les cinq prochaines années, il nous manquera quelque 120 technologistes. Chaque technologiste effectue 10 000 à 20 000 tests diagnostiques. C'est énorme et il ne sera plus possible d'effectuer ces tests si nous ne redressons pas le cap.

Cinq ans plus tard, le déficit aura presque doublé. Nous craignons de ne pas pouvoir être en mesure de maintenir les programmes dans l'avenir.

Le nombre de postes de formation au Québec n'a pas été réduit dans les années 90. Le gouvernement du Québec a pour politique de permettre à ses étudiants de suivre leurs études là où ils le veulent. Ce faisant, nous avons un très net excédent de diplômés francophones dans notre profession.

Il y a autre chose qui nous inquiète, et dont il n'est pas question dans ce rapport. Il s'agit de l'accroissement de la demande de tests médicaux. Tandis que nous avons subi des réductions d'effectifs dans les années 90, la quantité de tests diagnostiques, elle, n'a pas diminué. En fait, elle a même augmenté. Les patients étaient plus malades et il fallait fournir plus rapidement les résultats de tests, parce qu'il fallait les faire sortir le plus vite possible des hôpitaux.

Il y a aussi l'évolution de la technologie. Vous aurez sans doute lu à propos des répercussions du projet du génome humain et de la biologie moléculaire. Les tests génétiques seront confiés aux laboratoires médicaux et ils auront une énorme incidence sur l'avenir de notre profession.

Je me dois de vous rappeler les problèmes, qu'on vous a déjà mentionnés tout à l'heure, d'épuisement au travail à cause du manque de personnel et des surcharges. Nous constatons déjà les répercussions de cette situation sur la qualité du travail. D'après une étude produite l'année dernière en Ontario, on constate un très net déclin de la qualité des tests de laboratoire dans cette province.

Ce n'est pas un problème spécifiquement canadien. Comme on vous l'aura dit à propos d'autres professions, il existe un manque de technologistes de laboratoires dans le monde. Nous ne sommes pas à l'abri de la fuite des cerveaux vers les États-Unis. Dans les années 90, nous étions en situation excédentaire. Plusieurs de nos membres sont alors allés aux États-Unis. Ils y sont restés et il est

The United States is in about twice as much trouble as Canada in this regard.

We cannot rely immigration to solve our human resources problems. In the late 1960s when medical laboratory technology grew rapidly as a profession, we relied on immigration from the U.K. for a large number of practitioners. Those practitioners have retired out of the system in large part. Replacements are not available from the U.K. today to replace them. The U.K. has a shortage about twice as bad as what we are facing.

In your paper there is a list of our recommendations to the provinces. Our recent human resources study was released to ministers of health and education across Canada. In that paper, we identified the problem areas. We are extremely concerned about the provinces of Nova Scotia and Manitoba where no training program currently exists for medical laboratory technologists. Ontario, B.C. and Saskatchewan also have concerning situations, and the other provinces need to monitor carefully.

There will be a large amount of corporate pilferage. It is already happening in our profession. We have an employer from the Fraser Valley Health Group in B.C. coming to Newfoundland to recruit technologists at our annual Congress this June.

We would like to see the ACHHR report given more priority. Some of the key recommendations are listed in your handout. The lack of a national database on human health resources is severely hampering any activity towards doing something about the current issues.

We also endorse the Canadian Health Care Association's recent recommendation to establish resources and funds for the education, training and recruitment of health care professionals. You heard the concerns of the other groups today. We will be competing for the same limited group of health graduates who are interested in health careers. The health professions will be fighting amongst themselves for the same limited group. There needs to be cooperation and consolidation of the programs and the planning to ensure that we do not run over each other in this regard.

We have presented our human resources study to the Advisory Committee on Health and Human Resources. They have agreed to look at the report. We discussed it in length on April 26, 2001. They will study it further.

The report has also been sent to ministers of health and education across Canada. I have been in contact with five provincial governments in the past week. The report was made public on May 10, 2001 through a general media release. We have made it available on our Internet site. We will also be publishing in it the June issue of our national publication to inform all members who are suffering under the stresses of the current system.

fort peu probable qu'ils reviennent, d'autant que notre voisin américain est deux fois plus dans la panade que nous.

Nous ne pouvons pas compter sur l'immigration pour résoudre notre problème de ressources humaines. À la fin des années 60, quand notre profession a connu une croissance rapide, nous avons compté sur l'immigration en provenance du Royaume-Uni pour trouver un grand nombre de praticiens, dont la plupart sont maintenant sortis du système. Aujourd'hui, nous ne parviendrons pas à les remplacer par du personnel provenant du Royaume-Uni, ce pays accusant un déficit à peu près deux fois supérieur au nôtre.

Dans le document que nous vous avons remis, nous énumérons un certain nombre de recommandations qui s'adressent aux provinces. Nous avons communiqué notre récente étude sur les ressources humaines à tous les ministres canadiens de la santé et de l'éducation. Nous y dégageons les grands secteurs problèmes. Nous sommes particulièrement préoccupés par la situation en Nouvelle-Écosse et au Manitoba où il n'existe actuellement aucun programme de formation de technologistes de laboratoire. Même chose en Ontario, en Colombie-Britannique et en Saskatchewan ainsi que dans d'autres provinces qu'il conviendra de suivre de près.

Nous allons assister à un recrutement intense par le secteur privé. C'est déjà ce qui se passe dans notre profession. Un employeur d'un groupe de santé de la vallée du Fraser, en Colombie-Britannique, va venir à Terre-Neuve pour recruter des technologistes à l'occasion de notre congrès annuel, en juin.

Nous aimerions que l'on accorde plus de priorité au rapport du CCRHS. Vous trouverez, dans les documents qu'on vous a remis, les principales recommandations de ce rapport. L'absence de base de données nationale sur les ressources en soins de santé nous gêne beaucoup dans ce que nous essayons de faire pour corriger la situation.

Nous endossons la recommandation de l'Association canadienne des soins de santé en faveur de l'établissement d'un fonds voué à l'éducation, à la formation et au recrutement des professionnels de la santé. Vous avez entendu ce que d'autres groupes vous ont dit avant nous. Nous allons nous faire concurrence entre nous pour attirer les mêmes et rares diplômés de la santé. Les professions de la santé vont se livrer concurrence pour le même petit groupe de personnes. Or, nous devrions plutôt travailler en collaboration et regrouper les programmes, outre que nous devrions planifier pour ne pas nous marcher sur les pieds.

Nous avons soumis notre étude sur les ressources humaines au Comité consultatif des ressources humaines en santé. Celui-ci a accepté de s'y intéresser. Nous en avons parlé avec le sous-comité le 26 avril 2001 et celui-ci nous a promis de l'étudier davantage.

De plus, nous avons envoyé ce rapport aux ministres de la santé et de l'éducation, partout au Canada. La semaine dernière, j'ai moi-même communiqué avec cinq gouvernements provinciaux. Le rapport a été rendu public le 10 mai 2001 et a fait l'objet d'un communiqué de presse général. Nous l'avons versé sur notre site Internet. Nous comptons le publier dans le numéro de juin de notre publication nationale afin d'informer tous nos membres qui se sentent stressés à cause du système actuel.

Dr. Tim St. Denis, President, The Canadian Chiropractic Association: Mr. Chairman, as President of the Canadian Chiropractic Association, it is my pleasure to address the committee this evening. The Canadian Chiropractic Association — the CCA — is a federal association representing its members in cooperation with the provincial associations and our affiliates. We represent 10 provinces and the Yukon Territory. Through them, we have approximately 4500 members that comprise 80 per cent of the total profession in Canada. Over the next five years, we hope we will grow to about 6000 members.

We are now, and have been for years, the third largest primary care profession, after medicine and dentistry.

The mission statement of the CCA is:

To help Canadians live healthier lives by informing the public about the benefits of chiropractic care; promoting the integration of chiropractic into the health care system; and by facilitating chiropractic research.

We have been around for 106 years. We are regulated and recognized by statutes in all Canadian provinces. Our graduates must successfully pass both national and provincial board exams before being licensed.

There are two colleges in Canada. The Canadian Memorial Chiropractic College is in Toronto, and the University of Québec at Trois-Rivières. The program requires three years' university education, but 90 per cent have obtained four-year undergraduate degrees prior to the extensive four-year program in the college itself.

Chiropractors are primary health care practitioners, meaning that the public could contact us direct, without referral. We address primarily problems of the spine, nervous system, joints and extremities. We provide diagnosis, treatment and advise on how to prevent these problems from recurring.

The primary focus is to restore movement of fixated joints, primarily in the spine, and let the body's natural healing abilities relieve the inflammation surrounding the joints. Those tissues are the ligaments, muscles and nerves. Approximately 90 per cent of all visits to chiropractors are conditions related to headaches, neck pain, and back pain.

We have a number of issues that we would like to address. The first one is the trends impacting the costs and methods of health delivery in public funding implications. We have heard about the nurse's dilemma. We have one that is quite the opposite. We feel that we offer the capabilities of giving relief to the health care system, as we know it today.

We believe that there is a significant shift being taken in public funding away from the focus on patient care and well-being to one of cost-containment based on the continuity of existing methods

Dr Tim St. Denis, président, Association chiropratique canadienne: Monsieur le président, en tant que président de l'Association chiropratique canadienne, de prendre la parole devant votre comité ce soir. L'Association chiropratique canadienne — l'ACC — est une association fédérale qui représente ses membres en coopération avec les associations provinciales et nos autres associations membres. Nous représentons dix provinces et le Yukon. Ainsi, nous représentons en tout quelque 4 500 membres qui constituent 80 p. 100 de la profession au Canada. Dans les cinq prochaines années, nous espérons en compter 6 000.

Nous sommes la troisième plus importante profession dans les soins de santé au Canada, derrière les médecins et les dentistes, position que nous occupons depuis quelques années.

Notre énoncé de mission est le suivant:

Aider les Canadiennes et les Canadiens à vivre une vie plus saine en les renseignant sur les bienfaits des soins chiropratiques; promouvoir l'intégration de la chiropractie au système de soins de santé et faciliter la recherche dans ce domaine.

Cela fait près de 106 ans que nous existons. Nous sommes réglementés et reconnus dans les lois de toutes les provinces canadiennes. Nos diplômés doivent réussir les examens nationaux et provinciaux avant de recevoir leur permis d'exercer.

Nous avons deux collèges au Canada: le Canadian Memorial Chiropractic College, qui se trouve à Toronto, et l'Université du Québec à Trois-Rivières. Pour intégrer nos programmes, il faut avoir trois années d'université, mais 90 p. 100 de nos étudiants ont obtenu un diplôme de premier cycle de quatre ans avant d'entamer ce programme poussé de quatre années également.

Les chiropracteurs sont presque tous des praticiens en soins de santé, ce qui veut dire que les patients peuvent nous contacter directement sans devoir être recommandés par un médecin. Nous traitons, à un niveau primaire, les troubles de la colonne vertébrale, du système nerveux, des jointures et des extrémités. Nous émettons des diagnostics, offrons des traitements et des conseils sur la façon d'éviter que ces problèmes se reproduisent.

Nous cherchons surtout à faire en sorte que nos patients retrouvent le mouvement dans leurs articulations, essentiellement au niveau de la colonne vertébrale, pour permettre ensuite au corps de guérir naturellement l'inflammation des jointures. Les tissus concernés sont les ligaments, les muscles et les nerfs. Près de 90 p. 100 de toutes les visites chez les chiropracteurs ont trait aux maux de tête, aux douleurs vertébrales et aux douleurs lombaires.

Nous souhaitons vous entretenir de plusieurs choses. D'abord, parlons des tendances qui ont une incidence sur les coûts et les méthodes de prestation de santé. Nous avons entendu parler du problème des infirmières. Le nôtre est tout à fait opposé. Nous estimons être en mesure d'alléger les pressions qui s'exercent actuellement sur le système de soins de santé.

Nous estimons que, dans le domaine du financement public, on est en train de passer du bien-être du malade et des soins aux patients à la limitation des coûts reposant sur le maintien des

of health care. We feel that Canadians are entitled to safe and effective health care options that are accessible, affordable and appropriate.

Chiropractors have not been utilized by Canada's health care system in a most effective way. Many studies have proven unequivocally that we are both medically effective and cost-effective in what we will do.

Legislative barriers, policy barriers and sometimes funding decisions often result in unfair resource allocations, irrespective of the patient's choice.

Canada's health care system needs to introduce efficiency and cost-effective measures. We have several here that we would like to put forward.

We suggest minimizing or eliminating duplication of services. We would ask that there be an increase in cost-effectiveness of diagnosis by ensuring that the patient is referred to the most appropriate practitioner in the first instance and reducing delays in instituting that proper care.

We would ask for a shifting of an institutional-based care to community-based care, thereby reducing the stresses on hospitals.

We would ask for the implementation of an interest system shift in which utilization of providers is available irrespective of specific health conditions.

We would also ask for investing in health promotion, maintenance and disease prevention.

We see a need to generate a system-wide plan for effectiveness and accountability.

We are dealing with the issue of the aging population and a strong growth within the Aboriginal and special needs populations. CIHI has noted that 30 per cent of the Canadian population utilize 60 per cent of the health care system. That 30 per cent — the aging population — is on a growing curve for which the health care system is not suitable. Canada's Aboriginal population, which has long embraced chiropractic care, is growing at faster pace than non-Aboriginals are.

Increasing demands from Aboriginal growth is being put on facilities in locations where population densities have traditionally been considered insufficient to support the infrastructure. Canadians are becoming concerned about the future of health care. Traditional delivery methods are no longer effective or efficient at responding to total health care requirements. While traditional medicine has enjoyed success in treating acute illness, it has yet to show the same for many chronic conditions. There are significant quality of life challenges to chronic disabilities that may affect longevity.

actuelles méthodes de soins de santé. Nous sommes d'avis que les Canadiennes et les Canadiens ont droit à des options efficaces en ce qui concerne des soins de santé accessibles, abordables et adaptées.

Les chiropracteurs ne sont pas utilisés de façon efficace par le système canadien de soins de santé. La majorité des études réalisées jusqu'ici ont clairement établi que les soins que nous prodiguons sont rentables et efficaces sur le plan médical.

Les obstacles législatifs, politiques et parfois financiers ont souvent donné lieu à des répartitions inéquitables des ressources, sans égard au choix des patients.

Il faut adopter des mesures qui favorisent l'efficacité et la rentabilité de notre système de soins de santé national. Nous avons plusieurs mesures du genre à vous proposer.

Nous recommandons de réduire voire d'éliminer le doublement des services. Nous demandons une amélioration de la rentabilité des diagnostics. Pour cela, il faudrait que les patients soient dirigés vers le praticien le plus approprié, dès le début, et qu'on réduise les retards par l'application des soins appropriés.

Nous demandons à passer du système de soins actuel bâti autour des institutions à un système de soins à caractère communautaire, afin d'alléger les pressions imposées sur les hôpitaux.

Nous réclamons un système d'intéressement différent permettant l'accès aux fournisseurs des soins sans égard à l'état de santé du patient.

Nous demandons, par ailleurs, d'investir dans la promotion et le maintien de la santé, de même que dans la prévention de la maladie.

Nous estimons nécessaire de nous doter d'un plan axé sur l'efficacité et la responsabilité, qui sera applicable à l'ensemble du système.

Nous sommes aux prises avec le double problème du vieillissement de la population et d'une croissance importante des populations autochtones et à besoins spéciaux. L'ICIS a constaté que 30 p. 100 de la population canadienne utilise 60 p. 100 du système de soins de santé. La population vieillissante, qui représente ces 30 p. 100, est en train d'augmenter et le système de soins de santé n'est plus adapté à ses besoins. La population autochtone, qui a adopté les soins chiropratiques il y a déjà longtemps, croît beaucoup plus rapidement que la population en général.

La progression de la population autochtone impose une demande sur des installations où la densité démographique a toujours été jugée insuffisante pour mériter une infrastructure plus importante. Les Canadiens s'inquiètent de l'avenir des soins de santé. Les méthodes de soins traditionnels ne permettent plus de répondre aux besoins de santé de la population en général. Bien que la médecine traditionnelle ait, jusqu'ici, permis de traiter les maladies aiguës, il n'en est pas de même pour la plupart des états chroniques. La longévité des personnes atteintes d'incapacité chronique risque d'être considérablement réduite à cause de défauts de qualité de vie.

Allowing other regulated health care professionals to address chronic conditions would relieve pressures on the current health care delivery system. In other words, better service would be provided at lower cost.

Chiropractors are mostly neuromusculoskeletal physicians. They are currently unable to utilize all the tools of the profession and are hampered clinically. We are denied hospital access, sometimes unable to treat lifelong patients who become institutionalized. We are denied x-ray access and access to blood and urine analysis.

Canadians are seriously disadvantaged by the impracticable restraint of essential chiropractic services available to the medical profession. Chiropractors are required by law to refer patients outside their expertise yet there is no law requiring reciprocation. Canadians are becoming increasingly aware that the management of this system is little more than the management of one profession's economic interest.

The CCA recommends a focus that emphasizes health promotion and disease-prevention on the aging population that will have an immediate impact on reducing pressure on the current system. We recommend health care of the chronic population to be undertaken by those most qualified. For example, chiropractors are well trained in pain reduction and should no longer be marginalized due to a lack of system integration.

We also recommend removal of restrictions that stop Aboriginal populations from seeking the less costly mode of health care that is more in line with their traditional cultural values.

To better address the emerging needs of these populations, a shift in financial resource allocation should be undertaken rather than commit more funds to go the current system.

We have also been asked to speak on increasing the public expectations about health care in terms of a variety of services available. It is well known that Canadians want choices in their lives. However, when it comes to freedom of choice of health care, they are limited to drugs and surgery. Canadians do not want exclusive management of the health care of choice. They want to be able to mix and match the professional services to the best suit their personal circumstances. Canadians are increasingly knowledgeable about their health conditions and the benefits and/or risks of the therapies available.

You are probably aware of the research in the area of choice of Canadians. Canadians are now voting with their feet. Four and one-half million Canadians visited chiropractors last year — an increase of 25 per cent over the last five years. Those same Canadians overcame barriers of cost, non-referral and regulation to seek the treatment of choice.

Si nous permettions à d'autres professionnels de la santé de traiter les états chroniques, nous allégerions les pressions qui s'exercent actuellement sur le système de prestation des soins de santé. Autrement dit, de meilleurs services permettraient d'abaisser les coûts.

Les chiropracteurs sont quasiment des médecins spécialisés dans le système neuromusculosquelettique. Pour l'instant, on ne leur permet pas d'utiliser les instruments de la profession et leur action clinique est entravée. On nous interdit l'accès aux hôpitaux, et il arrive que nous ne puissions pas continuer de traiter nos patients après qu'ils ont été hospitalisés. On nous interdit l'accès aux radiographies de même qu'aux analyses sanguines et d'urine.

Les Canadiens sont très désavantagés par les restrictions déraisonnables imposées sur les services chiropratiques essentiels et auxquelles échappe la profession médicale. Les chiropracteurs sont légalement tenus de diriger leurs patients vers d'autres professions médicales, sans que la loi impose la réciproque. Les Canadiens sont de plus en plus conscients que l'administration de ce système dépasse à peine la gestion des intérêts économiques d'une profession.

L'ACC recommande la prise en compte prioritaire de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie chez les personnes âgées, afin d'alléger immédiatement les pressions qui pèsent actuellement sur le système. Nous recommandons que les soins dispensés aux patients chroniques soient confiés aux personnes les plus qualifiées. Par exemple, les chiropracteurs sont parfaitement formés aux techniques de contrôle de la douleur et il n'y a pas lieu de les marginaliser parce qu'ils ne sont pas intégrés au système.

Nous recommandons en outre la suppression des restrictions qui empêchent aux populations autochtones de recourir à des types de soins moins coûteux mais correspondant davantage à leurs valeurs culturelles traditionnelles.

Afin de mieux répondre aux besoins émergents de ces populations, il conviendrait de répartir différemment les fonds disponibles, plutôt que de tout investir dans le système actuel.

On nous a, par ailleurs, demandé de parler des attentes croissantes que la population entretient vis-à-vis du système de soins de santé, et plus précisément de la diversité des services offerts. Il est bien connu que les Canadiennes et les Canadiens veulent pouvoir exercer des choix de vie. Cependant, on s'aperçoit que la liberté de choix en matière de soins de santé se limite aux médicaments et à la chirurgie. Les Canadiens ne veulent pas une gestion exclusive de leur santé. Ils veulent être en mesure de recourir aux professionnels susceptibles de répondre au mieux à leur situation du moment. Les Canadiens en savent de plus en plus au sujet de leur état de santé ainsi que des avantages ou des risques que présentent les différentes thérapies.

Vous êtes sans doute au courant des études qui ont été réalisées sur le plan des choix offerts aux Canadiens. Ceux-ci ont décidé de joindre le geste à la parole. Quatre millions et demi d'entre eux ont rendu visite à des chiropracteurs l'année dernière, soit une augmentation de 25 p. 100 par rapport aux cinq dernières années. Ces mêmes Canadiens ont surmonté plusieurs autres obstacles pour obtenir le traitement qu'ils avaient choisi, celui des coûts,

Our research shows that new chiropractic patients have often been in the public system for six months and has not obtained relief. This represents six months of ineffective treatment and discomfort. Six months for the problem to progress from an acute to a chronic condition, requiring longer recovery time. There has also been six months of additional expense to the system, as well as six months of disrupted lifestyle resulting in time off work.

The CCA recommends promoting the evolution and the roles played by each individual profession to provide flexibility of patient choice thus reducing stress on the current system. We also recommend realigning resources to recognize and support existing but under-funded regulated health professions.

We recommend ensuring that the most appropriate, cost-effective care is provided to the patients based on quality outcomes and patient satisfaction as supported by search.

We also recommend broadening the definition to incorporate chiropractic as medically necessary.

Upon the topic of research, we live in a world supported by paper qualifications. Canadians have a right to expect that extensive high quality research has been conducted to the highest international standards. They have a right to know that they can be provided with objective third-party information upon which they can base their health care decisions. They have a right to be informed based on clinical trials of the efficacy, cost-effectiveness and patient satisfaction.

The majority of health care research in Canada is not health care research, but research on drug therapy supported by the pharmaceutical industry through hospitals and universities. The chiropractic profession, without the deep pockets of third parties and comparatively small base of practitioners, has before it over 30 randomized clinical trials showing that adjustments and manipulation are superior to other therapies for low back pain. We have 14 studies proving costs effectiveness and 16 studies showing reduction in work time loss. We have seven government-funded studies supporting chiropractic protocols.

A University of Ottawa research, Professor Pran Manga, estimates that the Ontario government would save \$1.25 billion annually with a greater incorporation of chiropractic service into the health care system of Ontario. He suggests that if we were to spend \$200 million to save \$1.25 billion, we would spend \$1 to save \$6. Similar studies have been conducted in Saskatchewan and Manitoba, with similar results.

celui de l'absence d'orientation par un médecin et celui de la réglementation.

Notre recherche indique que les nouveaux clients de la chiropractie ont souvent fréquenté le système public pendant six mois, mais qu'ils n'ont pas été soulagés. Cela représente donc six mois de traitements inefficaces et d'inconfort pour le malade. Pendant ces six mois, ils sont passé d'un état aigu à un état chronique, exigeant un temps de récupération plus long. En outre, cela représente six mois de dépenses supplémentaires pour le système, de même que six mois d'une vie perturbée pour les patients qui dû s'absenter du travail.

L'ACC recommande que l'on fasse évoluer le rôle de chaque profession afin que les patients aient plus de souplesse dans leurs choix et qu'on réduise les pressions imposées actuellement sur le système. Nous recommandons en outre un réalignement des ressources afin de reconnaître et de favoriser les professions de la santé réglementées mais sous-financées.

Nous recommandons de veiller à ce que des soins plus appropriés et plus économiques soient offerts aux patients sur la base de leur degré de satisfaction, comme l'indiquent les recherches effectuées à cet égard.

Nous recommandons en outre l'élargissement de la définition afin que la chiropractie soit considérée comme médicalement nécessaire.

Pour ce qui est de la recherche, nous vivons dans un monde où tout doit être étayé à coup de documents. Les Canadiens sont en droit de s'attendre à bénéficier de recherches poussées, de haute qualité, obéissant aux normes internationales les plus élevées. Ils ont le droit de savoir qu'ils peuvent bénéficier d'une information objective produite par des tierces parties, information à partir de laquelle ils pourront fonder leurs décisions relativement aux soins de santé. Ils ont le droit d'être informés de l'efficacité et de l'économie des soins proposés, de même que du degré de satisfaction des patients, grâce à des essais cliniques.

La majorité des recherches effectuées au Canada dans le domaine des soins de santé ne porte pas sur ce domaine mais plutôt sur des pharmacothérapies. Elles sont financées par l'industrie pharmaceutique, par le biais des hôpitaux et des universités. La profession chiropratique, qui ne dispose pourtant des énormes moyens qu'ont certains et qui n'a qu'un bassin relativement limité de praticiens, s'appuie tout de même sur 30 essais cliniques statistiquement aléatoires qui montrent que les ajustements et les manipulations sont supérieures aux autres thérapies destinées à traiter des lombalgies. Quatorze études prouvent que nos soins sont plus économiques et 16 autres qu'ils permettent de réduire les pertes de temps au travail. Sept études financées par le gouvernement sont favorables aux protocoles chiropratiques.

Un chercheur de l'Université d'Ottawa, le professeur Pran Manga, estime que le gouvernement de l'Ontario aurait économisé 1,25 milliard de dollars par an s'il avait mieux intégré les services chiropratiques dans le système de soins de santé de la province. L'économie de 1,25 milliard de dollars que permettraient de réaliser 200 millions de dollars correspond à une dépense de 1 \$ et à une économie de 6 \$. Des études semblables ont été

The CCA recommends undertaking econometric to examine the cost-effectiveness of health care services based upon the elimination of duplication of services. Health care services should be provided by those practitioners who have the best education and demonstrated competence in their areas of expertise. Treatments and therapies should be funded on the basis of demonstrated positive outcomes.

We also recommend publicly funded research into the benefits of preventive health care. Finally, we recommend that health care interventions that have been identified as producing positive outcomes in patient and condition management be incorporated into the publicly funded health system.

The Chairman: Dr. Johns, we had a presentation about three weeks ago from the Canadian Association of Radiologists, I believe it was. You could almost go directly to your recommendations. You may want to make a couple of other points, but we have already received much of the data that you have in your brief.

Dr. Paul C. Johns, Past-chair, Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine: I am a medical physicist. I am employed at Carleton University in physics. I represent the Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine, which is an umbrella organization. I think that you have two sets of handouts from me. One is speaking notes, and one is a report dated last week May 7, 2001.

The Chairman: It is the report that I read.

Dr. Johns: I would like to acknowledge Dr. Richard Lauzon, Executive Director of the Canadian Association of Medical Radiation Technologists, who is with me here tonight.

I would like to briefly describe the Canadian Radiation and Imaging Societies in Medicine, the CRISM. We are an umbrella organization founded in 1998 and consists of five societies that are involved in medical imaging or use of ionizing radiation in medicine. The list includes nuclear medicine, medical radiation technology, radiology, medical physics, and diagnostic medical sonography.

We have three main concerns: the shortage of professionals in each area; insufficiently installed equipment base for imaging, image-guided treatment and cancer therapy; and lagging pure and applied research in Canada. These concerns are interrelated.

Due to the focus of today's session, most of my presentation is in regards to personnel. However, I will also talk about the other two items.

With regard to personnel, there are some items common to each profession. There is a long lead time required between enrolling in a university or training facility and completing training to provide that service. There is an approaching bumper crop of retirements.

réalisées en Saskatchewan et au Manitoba et ont donné lieu à des résultats similaires.

L'ACC recommande d'entreprendre une étude économétrique afin de déterminer la rentabilité des services de soins de santé en fonction d'une élimination du dédoublement des services. Les services de santé devraient être offerts par les praticiens les mieux formés et les plus compétents dans leur domaine. Les traitements et les thérapies devraient être financés sur la base de résultats positifs probants.

Nous recommandons également d'octroyer des fonds publics à la recherche sur les avantages des soins préventifs en santé. Enfin, nous recommandons que les actes donnant des résultats positifs chez les patients et que la gestion de l'état des patients soient pris en compte dans le système public des soins de santé.

Le président: Docteur Johns, il y a trois semaines, l'Association canadienne des radiologistes est venue nous faire un exposé. Vous pourriez peut-être directement passer à vos recommandations. Vous pouvez certes nous préciser deux ou trois choses, mais sachez que nous disposons déjà de la plupart des données contenues dans votre mémoire.

Dr Paul C. Johns, président sortant, Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale: Je suis physicien médical et je travaille à l'université Carleton en physique. Je représente les Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale, qui est un organisme cadre. Je vous ai fait remettre deux jeux de documents, un qui est constitué de mes notes d'intervention et l'autre qui est un rapport daté de la semaine dernière, c'est-à-dire du 7 mai 2001.

Le président: C'est le rapport que je suis en train de lire.

Dr Johns: Je tiens à signaler la présence du Dr Richard Lauzon, directeur général de l'Association canadienne des technologues en radiologie.

Je vais commencer par brièvement vous décrire les Sociétés canadiennes en radiation et imagerie médicale, soit les SCRIM. Nous sommes donc un organisme cadre qui a été fondé en 1998 et qui est constitué de cinq sociétés travaillant dans le domaine de l'imagerie médicale ou des rayonnements ionisants en médecine. Nous représentons les spécialistes en médecine nucléaire, en technologie de radiation médicale, en radiologie, en physique médicale et en ultrasonographie.

Trois choses nous inquiètent: le manque de professionnels dans les domaines que je viens de mentionner; l'insuffisance d'équipements d'imagerie, de traitements guidés par image et de thérapie cancéreuse; et les retards que nous accusons au Canada sur les plans de la recherche pure et de la recherche appliquée. Ces préoccupations sont toutes reliées.

Étant donné le thème particulier de la séance d'aujourd'hui, je consacrerai la majorité de mon exposé au problème de personnel. Toutefois, je vous entretiendrai de deux autres sujets.

Pour ce qui est du personnel, je constate l'existence de points communs avec les autres professions. La formation, entre l'entrée à l'université ou dans une école et la fin des stages, c'est-à-dire quand la personne est en mesure d'offrir le service, prend

Our field of imaging technology and therapy procedures are becoming more complicated and often require more time per staff member. Thereby, it is more personnel intensive.

Listed there are the times to educate. Physicians typically will have a bachelor's degree, followed by the four-year medical degree, followed by a residency in their specialization, such as radiology or nuclear medicine, followed by a fellowship. That is 10 years of specialized education.

Medical physicists follow a route that is dependent on research training in the universities. They will do a bachelor's degree, a master's and doctorate in research, and then a clinical residency.

Technologists typically do a two-year or three-year diploma. In the case of medical radiation technology, that is changing to a four-year bachelor degree. There is quite a bit of time required to effect a change in staffing levels.

We have some numbers for the different professions in terms of personnel. I am sure that you have these numbers already. With more than 1800 radiologists, there are another 200 vacant positions in Canada. Only about 58 residents graduate in Canada per year and remain in this country.

In nuclear medicine, the numbers are smaller because the society is smaller, which is one reason for this umbrella organization. Each year about 11 people in nuclear medicine retire and one leaves the country, for a total of 12 departing. However, only less than 10 people are graduating from residency programs each year.

In medical physics, we do not have good numbers for all the different areas in which medical physicists work, but we have reasonable numbers for radiation therapy, cancer therapy.

There are 217 physicists in this country working clinically in that area. There are 41 positions vacant at regional cancer centres across Canada for physicists — about 20 per cent of positions. In Ontario, one cancer centre is currently under construction and three more are planned soon. These four will require at least another 30, probably 40 positions to staff. We are now in the hole by 80 positions.

On the supply side, there are something like 60 graduate students currently in training programs at Canadian universities in the area of radiation therapy. These are supported by research funding of their supervisors or by scholarships. Many of these do not carry on to residencies. They leave the country.

Currently, we have 28 students in residency programs in clinical facilities. Half that number complete per year and 20 per cent to 30 per cent of these leave the country. Therefore, it will take a long time, if ever, to fill those 40 vacant positions.

beaucoup de temps. En outre, nous approchons d'un point où le nombre de départs à la retraite va atteindre un pic.

Les domaines de la technologie d'imagerie et des procédures thérapeutiques deviennent de plus en plus complexes et exigent souvent beaucoup plus de temps. Ce travail est donc à forte intensité de main-d'oeuvre.

Vous voyez ici le temps nécessaire à la formation d'un de nos spécialistes. En général, les gens commencent par un baccalauréat, qui est suivi de quatre années d'études médicales débouchant sur un diplôme, lesquelles sont suivies d'un stage spécialisé en radiologie ou en médecine nucléaire, puis d'un fellowship. En tout, on en arrive à 10 ans d'études spécialisées.

Les physiciens médicaux connaissent une trajectoire qui dépend de la formation en recherche offerte au niveau universitaire. Leur filière les amène du baccalauréat au doctorat en recherche, en passant par la maîtrise, après quoi ils font un stage clinique.

Pour les technologistes, il s'agit d'un programme de deux à trois ans débouchant sur un diplôme. Dans le cas de la technologie en radiation médicale, le baccalauréat est de quatre ans. Il faut du temps pour modifier les niveaux de dotation.

Nous avons quelques chiffres quant aux effectifs dans les différentes professions. Je suis sûr que vous avez déjà vu ces chiffres. Il y a plus de 1 800 radiologistes au Canada, mais 200 postes sont encore vacants. Nous ne diplômons que 58 résidents qui restent tous ici par la suite.

En médecine nucléaire, les nombres sont faibles car il s'agit d'une petite société, raison pour laquelle nous sommes un organisme cadre. Chaque année, 11 spécialistes du domaine prennent leur retraite et un autre quitte le pays, pour un total de 12 départs. Cependant, moins de 10 personnes sont diplômées annuellement dans les programmes de résidence.

Pour ce qui est de la physique médicale, les nombres sont assez élevés dans les différents secteurs où travaillent les physiciens médicaux, mais nous en comptons un nombre raisonnable en radiothérapie et cancérothérapie.

On dénombre 217 physiciens qui exercent en milieu clinique dans ce domaine. On recense 41 postes vacants dans les centres régionaux de traitement du cancer, pour ce qui est des physiciens, soit environ 20 p. 100 de la totalité des postes. En Ontario, un centre anti-cancéreux est en cours de construction et que trois autres sont sur plans. Ces quatre nouveaux centres exigeront au moins 30 si ce n'est 40 physiciens de plus. Il nous en manque donc maintenant 80.

Du côté des entrées dans la profession, les universités canadiennes forment environ 60 radiothérapeutes par an. Les étudiants sont financièrement soutenus par les directeurs de recherche ou bénéficient de bourses. Beaucoup ne vont pas jusqu'à la résidence et ils quittent le pays.

Actuellement, nous avons 28 étudiants dans les programmes de résidence; la moitié se trouveront sur le marché du travail et 20 à 30 p. 100 quitteront le pays. Ce faisant, il nous faudra beaucoup de temps pour combler ne serait-ce que les 40 postes vacants.

These numbers are only for radiation oncology physics. Medical physicists also work in diagnostic imaging, radiation protection, industry and government, et cetera.

We have anecdotal data for sonographers. There is a shortage in every province. Services are shut down intermittently due to a lack of sonographers. Their workload is increasing. Ultrasound is being used for more and varied examinations, including musculoskeletal studies and bowel studies. There is an epidemic of musculoskeletal injury to the sonographers including carpal tunnel syndrome, spinal injuries — basically repetitive strain injuries. Many sonographers leave the profession or drop down to part-time.

In common with radiation technologists, sonographers are primarily female. After going on maternity leave, many choose to return only part-time or not at all.

Medical radiation technologists by far is our largest group. There are approximately 10,000 in this country. One-quarter of these are eligible for retirement in five years. There are approximately 500 graduating per year. There is quite a shortage of technologists in specialized therapies, for example radiation therapy, nuclear medicine and magnetic resonance.

There are 964 technologists working in radiation therapy across the country with 244 vacancies. The training programs only graduate about 55 students per year.

We are recommending that Canada comes up to the OECD average on the installed equipment base for imaging and therapy. If this is done, then that equipment must be staffed, which represents an estimated 1900 new positions for technologists.

With regard to equipment, we rank very low compared with the OECD average in medical imaging installations. For therapy installations, we are about average. This may be due to the fact that in every province except Quebec, radiation treatment for cancer is run by a provincial agency as opposed to the individual hospital.

Much of our equipment is aging. I refer to page 14 of our submission; the numbers are there. Notice that the worst number is for fluoroscopy. That is run-of-the-mill equipment that is used in every hospital. It is harder to get that replaced. A hospital can run a community program to raise funds to buy a new CT scanner or MR unit, but it is not as sexy to buy a fluoroscopy unit, and they tend to be neglected. The culmination of equipment and personnel shortages is long waits by the patient.

Ces chiffres ne sont valables que pour les oncologues. Les physiciens médicaux se trouvent aussi en imagerie diagnostique, dans les programmes de protection contre les radiations de l'industrie et du gouvernement, et cetera.

Nos données en ce qui concerne les technologues en échographie ne sont pas statistiques. Nous constatons un manque de spécialiste dans ce domaine dans chaque province. Des services doivent être fermés de façon intermittente à cause d'un manque de personnel spécialisé. Leur charge de travail va en augmentant. Les ultrasons, qui sont de plus en plus employés, car ils permettent d'effectuer divers examens, notamment d'étudier l'appareil musculosquelettique et les intestins. Chez les technologues spécialisés en ultrasonographie, on a d'ailleurs constaté une épidémie de blessures de l'appareil musculosquelettique, notamment de problèmes du canal carpien et de blessures à la colonne vertébrale, tous des troubles dus à des efforts répétitifs. Nombreux sont ceux qui quittent la profession ou qui passent à temps partiel.

Tout comme pour la profession de radiothérapeute, celle de spécialiste en échographie est principalement composée de femmes. Après un congé de maternité beaucoup décident d'abandonner ou de ne retravailler qu'à temps partiel.

Les radiothérapeutes médicaux sont, de loin, notre groupe le plus important. On en compte environ 10 000 au Canada, dont un quart sera en mesure de prendre sa retraite dans cinq ans. Nous produisons environ 500 nouveaux diplômés par an. Nous manquons très sérieusement de technologues dans les thérapies spécialisées, par exemple, en radiothérapie, en médecine nucléaire et en résonance magnétique.

On compte 964 radiothérapeutes au Canada et 244 postes sont vacants. Les programmes de formation ne permettent de diplômer que 55 personnes par an.

Nous recommandons que le Canada rejoigne la moyenne des pays de l'OCDE pour ce qui est de l'équipement installé d'imagerie et de radiothérapie. Ce faisant, il faudra ensuite trouver du personnel pour le faire fonctionner, soit environ 1 900 nouveaux technologues.

S'agissant d'équipement, nous sommes très loin derrière la moyenne de l'OCDE sur le plan des appareils d'imagerie médicale installés. Pour ce qui est des installations de thérapie, nous nous situons dans la moyenne. Cela est peut-être dû au fait que dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, les radiothérapies du cancer sont assurées par l'organisme provincial plutôt que par les hôpitaux.

La grande partie de notre équipement est vieillissant. Je vous invite à passer à la page 14 de notre mémoire pour prendre connaissance des chiffres en question. C'est surtout du côté des appareils de radioscopie que le bât blesse. Il s'agit d'un équipement ordinaire utilisé dans chaque hôpital. Il est de plus en plus difficile de le faire remplacer. Les hôpitaux se lancent facilement dans des campagnes de financement pour acheter des tomodensitomètres ou des appareils d'IRM mais certainement pas un appareil de radioscopie, qui fait plutôt ringard. La combinaison pénurie de personnel et pénurie de matériel fait que la liste des patients s'allonge.

In the lengthy document I have referenced an article in *The Globe and Mail*, which reported that a facility in Plattsburgh, New York was able to install a new treatment unit as a result of fees paid by the Quebec government on behalf of its referrals. Quebec patients are frequently sent to New York for treatment at \$10,000 per patient.

Finally, I would like to say something about research because personnel, equipment and research are tied together. This country has been a leader in developing medical technology.

Cobalt-60 for cancer treatment was developed in this country. It was invented here in the 1950s. The international marketplace for this product is still dominated by a Canadian company, M.D.S. Nordion. Cobalt-60 was commercialized by AECL medical. It has now been privatized.

These medical advances form an important area in the economy. This country has quite a poor balance of payments on medical technology.

An important development for us was that last year the Canadian Institutes of Health Research was inaugurated, replacing the Medical Research Council. These comprise 13 virtual institutes, which are listed in my document.

I would like to comment that these institutes are organized along disease and public health lines. It is excellent that they are there. However, from our point of view, none of these institutes have the mandate to develop something new in technology unless it is specific for cancer, or specific for heart and lung, or specific for brain. If you want to develop a new imaging modality that cuts across everything, it does not in anywhere.

Senator Morin: Health Systems Research Institute.

Dr. Johns: Maybe.

Senator Morin: It is a fact.

Dr. Johns: It does not appear that way when you read the documentation on that institute.

Senator Morin: Read the mandate of that institute. You will see that that is where it is.

Dr. Johns: I have spoken to Dr. Bernstein about this. He has agreed that there is no natural home for imaging or biomolecular development.

South of the border, the National Institute of Biomedical Imaging and Bioengineering has been signed into law. It will be running in 2002 and have a mandate for technology development.

I will now move to our recommendations for personnel. First of all, we will need more personnel. Some of the programs are quota controlled; residency positions are quota controlled in the various

Dans le plus long des documents que je vous ai remis, je parle d'un article paru dans le *Globe and Mail*, où il est question d'un centre de Plattsburgh qui a pu s'acheter une nouvelle unité de traitement grâce aux frais d'utilisation payés par le gouvernement du Québec pour tous les patients que la province a dirigés vers ce centre. Il arrive fréquemment, en effet, que des patients du Québec soient envoyés dans l'État de New York pour y subir des traitements coûtant 10 000 \$ par personne.

Enfin, je vais dire quelques mots de la recherche, parce que personnel, équipement et recherche vont main dans la main. Au Canada, nous avons été un des premiers pays du monde en matière de mise au point des technologies médicales.

C'est nous qui avons mis au point le traitement du cancer au cobalt-60, dans les années 50. Le marché international pour ce produit continue d'être dominé par une entreprise canadienne, M.D.S. Nordion. Le cobalt-60 a été mis au point par la division médicale d'AECL, qui vient d'être privatisée.

Tous ces progrès médicaux sont importants pour l'économie. La balance des paiements du Canada laisse à désirer du côté des technologies médicales.

L'un des événements importants pour nous, l'année dernière, a été la création des Instituts canadiens de recherche en santé qui ont remplacé le Conseil de recherche médicale. On dénombre 13 instituts virtuels, que j'ai énumérés dans mon document.

J'aimerais vous parler de la façon dont ces instituts sont structurés, en fonction de certaines maladies et de services de santé publique. Je me réjouis de leur existence mais, quant à nous, aucun de ces instituts n'a reçu pour mandat de faire quelque chose du côté des nouvelles technologies, sauf si ces technologies ont un rapport direct avec le cancer, le coeur, les poumons ou le cerveau. Ainsi, si vous voulez mettre au point de nouvelles modalités d'imagerie universelles, vous n'avez pas d'interlocuteur parmi ces instituts.

Le sénateur Morin: Si, les instituts de recherche sur les systèmes de santé.

Dr Johns: Peut-être.

Le sénateur Morin: Mais oui.

Dr Johns: Ça ne semble pas être le cas quand on lit la documentation de l'institut en question.

Le sénateur Morin: Lisez donc le mandat de l'institut et vous verrez que c'est bien le cas.

Dr Johns: J'en ai parlé au Dr Bernstein qui a reconnu l'absence d'interlocuteur naturel pour ce qui est des développements dans le domaine de l'imagerie ou du biomoléculaire.

Au sud de la frontière, la création du National Institute of Bioengineering a été sanctionnée dans la loi. Il fonctionnera en 2002 et aura pour mandat de favoriser le développement technologique.

Je vais maintenant passer à nos recommandations en ce qui concerne le personnel. Tout d'abord, il nous faut plus de monde. Certains programmes obéissent à des contingentements et les

provinces. Radiology feels it needs 25 per cent more nuclear medicine and 50 per cent more residency positions.

Medical physics is different. It is open. Anyone could decide that they want to become a medical physicist. However, they must find a university where a supervisor would offer a research project in that area. Medical physics education is tied to CIHR and NSERC funding to that area. It is connected to the research side.

We are pleased that the federal government has transferred money for equipment to the provinces for capital equipment in health care. We understand that it is a one-time process and it would be good if that were made into a permanent program. If the fund runs for a small number of years and ceases, there will be a big influx of equipment and then back to a desert situation again. That does not make for orderly planning.

Of course, the provinces must be accountable to the federal government on how these funds are spent. As well, the province is ultimately accountable to the public.

With regard to research, we recommend that CIHR look at some cross-cutting technological institute, such as an institute of biomedical devices. The mandate would be to foster research and development technology applied to health care, including imaging, monitoring, and therapeutic and image guided treatment technologies, and to aid in the education of scientists in this area.

The Chairman: Thank you, gentlemen.

Senator LeBreton: Not only do we face an aging population generally but we will have a human resources problem in the areas in which you are each dealing. What can be done? Are we missing the boat on the recruiting side? How will we get people to undertake to embark on careers in these fields, and then keep them here? Are we not doing enough to make these positions attractive to young people in our learning institutions?

Mr. Davis: In our profession we are competing for people who are technically oriented. Many of these people are going into the high-tech industry. We have a technology-focussed industry. It is predominantly a female industry competing with many of the other health professions. Today across Canada we have empty training seats. There are positions that were not filled this year in the existing training programs. We are already short well over 100 seats to meet the true need of the industry.

postes offerts en résidence sont également contingentés par les provinces. Nous estimons avoir besoin de 25 p. 100 de plus de radiologues en médecine nucléaire et de 50 p. 100 de plus de postes en résidence.

Les choses sont différentes en ce qui concerne les physiciens médicaux. Il n'y a aucune limite quant aux inscriptions et tout le monde peut décider d'embrasser cette carrière. Cependant, encore faut-il trouver une université où un responsable de recherche propose des études dans ce domaine. L'enseignement en physique médicale dépend du financement qu'accordent le RCIRS et le CRSNG dans ce domaine. Il existe donc un lien avec la recherche.

Nous nous réjouissons de voir que le gouvernement fédéral a transféré de l'argent aux provinces pour leur permettre d'investir dans de l'équipement de soins de santé. Malheureusement, il s'agit d'un programme unique qu'il conviendrait d'instaurer à titre permanent. En effet, si le financement est interrompu après quelques années, nous assisterons à un afflux d'équipements au début, avant de nous retrouver dans une situation de pénurie. Cela n'aidera en rien la planification.

Bien sûr, il faut que les provinces rendent des comptes au gouvernement fédéral quant à la façon elles dépensent cet argent. En outre, les provinces devront rendre des comptes à la population.

Pour ce qui est de la recherche, nous recommandons que le RCIRS mette en oeuvre un institut technologique polyvalent, comme celui des dispositifs biomédicaux. Il aurait pour mandat de stimuler la recherche et le développement dans les technologies appliquées aux soins de santé, notamment dans les domaines de l'imagerie, de la surveillance, de la radiothérapie et des technologies de traitement guidé par image. Il devrait aussi être appelé à contribuer à la formation des scientifiques dans ce domaine.

Le président: Merci, messieurs.

Le sénateur LeBreton: Nous sommes non seulement confrontés à un problème de vieillissement généralisé de la population, mais aussi à un problème de manque de ressources humaines dans tous les domaines que vous couvrez. Que peut-on faire? Sommes-nous en train de louper le coche du côté du recrutement? Comment allons-vous inciter les gens à embrasser des carrières dans ces domaines et à les y retenir? Serait-ce que nous n'en faisons pas assez pour rendre ces études attrayantes pour les jeunes?

M. Davis: Dans notre profession, nous cherchons à recruter des personnes ayant une orientation technique. Or, la plupart d'entre eux se trouvent dans la haute technologie. Nous sommes très axés sur la technologie. Nous constituons une profession dominée par les femmes, profession qui est donc en concurrence avec les autres du secteur de la santé. Il y a encore des places à combler dans les écoles de formation, partout au Canada. Ce sont des places, dans les actuels programmes de formation, qui ne seront pas remplies cette année. Nous sommes déjà à court d'une bonne centaine de postes pour répondre aux véritables besoins de l'industrie.

A cyto-technology program in Regina had no applicants. They normally take six to eight students each year. They had no applicants for the September entrance.

Senator LeBreton: Is it our education system? When I went to school, the guidance counsellors tried to direct people into emerging occupations. Something is falling through the cracks.

Mr. Davis: Today's student is not going to the guidance counsellor to figure out what they will do for the rest of their life. They are sitting down to the World Wide Web.

At a recent meeting of the HEAL Alliance, of which our organization is a part, we were discussing amongst a number of the partner organizations the need for the health professions to make a cooperative effort to establish a mega-health recruiting Web site. Students could possibly fill out some sort of mini-questionnaire that would direct them to the best area that they might consider for pursuing a health career.

Not everybody will be a doctor or nurse. There are many other opportunities within the health industry. We may be losing people to other industries simply because they do not have the information up front. Many of the people coming into the medical laboratory come into it in an indirect fashion. This past year at the Michener Institute in Toronto — a three-year training program — almost 90 per cent of the entrants into the program already had a four-year science degree from a university. They will spend another three years in a college program.

We are in a transition process within our profession of currently moving to degree entry. However, when facing a human resource crunch, you cannot bring up those topics and be well received. Students are already spending seven years to arrive at their destination. If they had good career information up front, they might shorten that time, save the taxpayer money and lessen student loan debt.

I heard recently that many students do not know what they want to do when they enter year one, which is an unfortunate circumstance. There are others who have always dreamed about being whatever, and unfortunately did not know the right path. We have identified the need to do a concerted effort in career awareness for entrance into our profession.

Senator LeBreton: Having identified the need, is there now a plan on which to embark?

Mr. Davis: We are working on something within our professional group. We are also working with a subgroup of the HEAL Alliance. We had a teleconference this past week to discuss some initial initiatives. We expect to launch something within the

À Regina, il n'y a eu aucune inscription dans un programme de cytotechnologie. Normalement, le centre accueille six à huit étudiants par an, mais il n'y a pas encore d'inscrits pour la rentrée de septembre.

Le sénateur LeBreton: Est-ce à cause de notre système d'éducation? Quand j'allais à l'école, les orienteurs essayaient de diriger les élèves vers des emplois porteurs. Il y a quelque chose qui est en train de passer entre les mailles du filet.

M. Davis: De nos jours, les élèves ne vont pas voir les orienteurs scolaires pour leur demander ce qu'ils vont bien pouvoir faire pendant le reste de leur vie. Ils passent leur temps à surfer sur Internet.

Lors d'une rencontre récente de la HEAL Alliance, dont fait partie notre organisation, il a été question entre les organisations partenaires de la nécessité, pour les professions de la santé, de collaborer à la création d'un mégacentre Internet axé sur le recrutement dans nos domaines. Les étudiants pourraient remplir une sorte de mini-questionnaire qui les orienterait vers le meilleur secteur de la santé dans lequel ils pourraient envisager de faire carrière.

Tout le monde ne sera pas médecin ni infirmière. Il existe bien d'autres débouchés dans le secteur de la santé. Il est possible que nous perdions des candidats potentiels parce que nous ne leur fournissons pas suffisamment d'information. Bien des personnes qui se retrouvent dans les laboratoires médicaux y sont arrivées de façon indirecte. L'année dernière, à l'Institut Michener de Toronto — qui offre un programme de formation de trois ans — près de 90 p. 100 des inscrits détenaient déjà un diplôme de premier cycle en science, après quatre années d'études à l'université. Ces gens-là envisagent d'entamer un autre programme de trois ans au niveau collégial.

Dans notre profession, nous sommes sur le point d'exiger un diplôme à l'inscription. Malheureusement, quand on est confronté à une telle crise sur le plan des ressources humaines, on ne peut pas s'attendre à ce qu'une telle position soit bien accueillie. Les étudiants devront passer sept ans sur les bancs de l'université pour obtenir leur diplôme dans un de nos domaines. S'ils sont bien informés sur la carrière dès le début, ils peuvent raccourcir ce temps d'étude, économiser l'argent des contribuables et ne pas s'endetter autant en tant qu'étudiants.

Récemment, on m'a dit qu'il arrive souvent que des étudiants ne sachent pas exactement ce qu'ils veulent faire quand ils s'inscrivent en première année, ce qui est malheureux. Et puis, il y a ceux qui ont déjà imaginé de devenir ceci ou cela et qui, malheureusement, n'ont pas emprunté la bonne voie. Nous avons constaté qu'il fallait déployer un effort concerté afin d'informer les étudiants sur les carrières que nous offrons, avant qu'ils s'inscrivent dans nos programmes.

Le sénateur LeBreton: Puisque vous savez ce qu'il faut faire, disposez-vous d'un plan pour passer aux actes?

M. Davis: Nous sommes en train d'élaborer quelque chose avec notre groupe de professionnels. Nous travaillons aussi avec un sous-groupe de la HEAL Alliance. Nous avons eu une téléconférence à ce sujet la semaine dernière à l'occasion de

next year. To be honest, with empty seats already in these programs, the problem is yesterday.

The Chairman: The shortage problem is not unique to Canada. Have you looked to see what is being done elsewhere in the industrialized world to deal with exactly the same problem?

Mr. Davis, why in heaven's name would you move from a three-year technology program to a university-based program? I understand that the optics are better. Some of us around the table were formerly university professors. It would be hard to convince us that students would be that much more knowledgeable for the jobs that they would do if they have an undergraduate degree than if they have a three-year technical degree? Why complicate it?

Nursing has done that now. Is in fashion but it seems counter to a situation in which you have a manpower shortage in the first place. You may want to comment on that.

What is going on elsewhere in the world? We must be able to learn from somebody.

Mr. Davis: We hosted the World Congress of Medical Technology last year in Vancouver, B.C., which drew representatives from 36 countries. Canada was about five miles ahead of everybody else in even addressing this issue.

Our colleagues in the United States are asleep at the wheel on this issue. They have seen about half their programs close.

To counter your previous question, Canada is the only country in the world that does not have a degree associated with professional medical lab technology.

The Chairman: That does not make it right.

Mr. Davis: That does not make it wrong either.

The Chairman: My point is that following the leader is not necessarily the correct approach.

Mr. Davis: We are not following the leader. The leader is pulling us along. A number of our medical technology programs develop partnerships with universities. Dr. Stuart Smith raised this at our congress in 1987. He spoke about the partnerships that could and should evolve amongst community colleges and universities.

A majority of our programs today that have university degree as part of them also include a community college component. The articulated programs typically have a first year of university, followed by two years of college and then a completion year in university with an option to step out after the third year and go directly into the workforce. That is a typical university-based program today.

The Chairman: You are allowing them to take extra if they want, but they do not have to take the extra?

laquelle nous avons discuté de certains projets initiaux. Nous devrions lancer quelque chose dans le courant de l'année prochaine. Pour être honnête, comme il y a déjà des places vides dans ces programmes, nous sommes en pleine urgence.

Le président: La pénurie n'est pas unique au Canada. Avez-vous examiné ce que font les autres pays industrialisés qui sont aux prises avec les mêmes problèmes?

Pourquoi donc, monsieur Davis, voulez-vous passer d'un programme en technologie de trois ans à un programme universitaire? Je comprends que l'optique est plus intéressante. Nombre d'entre nous autour de cette table sommes d'anciens professeurs d'université. Mais vous allez avoir du mal à nous convaincre que les étudiants en sauront beaucoup plus pour faire le travail après un diplôme universitaire de premier cycle qu'après un diplôme technique de trois ans. Pourquoi compliquer les choses?

C'est ce qui s'est fait dans les soins infirmiers. Cela semble à la mode, mais cela semble aussi aller à l'encontre d'une situation où il y a pénurie de main-d'oeuvre. Qu'en pensez-vous?

Que se passe-t-il ailleurs dans le monde? Il faut bien que nous apprenions des autres.

M. Davis: L'année dernière, à Vancouver, nous avons accueilli le Congrès mondial des technologies médicales, auquel ont participé des représentants venant de 36 pays. Le Canada avait l'air d'être nettement en avance de tous les autres dans la façon de régler ce problème.

Nos homologues américains, eux, semblent s'être endormis au volant. La moitié de leurs programmes sont fermés.

Pour contrer ce que vous avez dit tout à l'heure, il se trouve que le Canada est le seul pays du monde à ne pas offrir de diplôme en technologie de laboratoire médical.

Le président: Ce n'est pas forcément bien.

M. Davis: Mais ce n'est pas forcément mal non plus.

Le président: Ce que je veux dire, c'est que la bonne solution ne consiste pas forcément à jouer les moutons de Panurge.

M. Davis: Ce n'est pas ce que nous faisons. Nous ne suivons pas le mouvement, nous sommes plutôt aspirés par lui. Nous travaillons en partenariat avec des universités dans plusieurs de nos programmes en technologie médicale. Le Dr. Stuart Smith en a parlé lors de notre congrès en 1987. Il a parlé des partenariats que nous pourrions nouer avec les collèges communautaires et les universités.

De nos jours, la majorité de nos programmes qui débouchent sur un diplôme universitaire comportent également un volet collégial. En général, nos programmes comportent une première année d'université suivie de deux années de collège, puis d'une année d'université avec la possibilité de sortir après la troisième année et d'intégrer directement le milieu du travail. Il s'agit d'un programme universitaire typique.

Le président: Autrement dit, vous leur permettez de poursuivre leurs études s'ils le désirent, mais ils n'y sont pas obligés.

Mr. Davis: The entrance into the national certification exam is after the third year of the program. They can achieve their national certification after the third year. That is the credential that is required for licensing.

Dr. Johns: It is a question of both recruitment and retention. You must bring people into the system, and then you must keep them there. In the case of technologists, in the last few years the competition from the software industry, which has been so healthy, has caught the attention of high school graduates. You must compete for those people and offer them attractive opportunities.

Why go to a degree program from a diploma program? Things are becoming more complicated. The technologists are being asked to do more complicated things — they don't just push the button.

Is the educational system behind? It takes time to change the system so that the shortage of magnetic resonance technologists is partly because it is only now that specific training programs are being set up for that. It is a program that you must enter secondarily, after the basic training in radiation technology. Eventually, that will become a primary access.

For the physicians and physicists, it is partly competition to enter the profession, but it is also the environment once they are in. Cancer Care Ontario, within the last two years, raised its salaries of medical physicists significantly because New York State was poaching. This was the only way to stop it. The assumption is that Ontario will poach now from the other provinces to staff its new centres.

The Chairman: That leaves Nova Scotia and other places in deep trouble.

Dr. Johns: Yes, it may. There are not enough physicists there to start with because of the population.

What do other countries do? In the case of physicists and possibly any group that is movable under NAFTA, the United States hires from us. It is well known that the Canadian educational system is good; the Canadian medical physics graduate students win a disproportionate amount of prizes and competitions for research presentations at conferences. This is gratifying.

Do they all stay in the country? It is not a matter of whether they are paid the same here as in the United States. Salary is one factor. A more significant factor is the opportunity to be at the forefront of research of new technology and new procedures, et cetera. It is the entire environment that is a factor. I think that the same is true for the physician groups.

M. Davis: Ils sont admis à se présenter à l'examen d'agrément national après la troisième année du programme. Ils peuvent donc obtenir leur agrément tout de suite après la troisième année. C'est ce qu'il leur faut pour obtenir leur licence.

Dr. Johns: Tout cela est question de recrutement et de maintien des effectifs. Il faut attirer les gens dans le système, puis il faut s'efforcer de les y maintenir. La concurrence que les entreprises de logiciels se livraient entre elles ces dernières années pour attirer des candidats ont retenu l'attention des diplômés du secondaire, au détriment de la profession de technologue. Nous devons donc être en mesure de livrer concurrence à d'autres secteurs et d'offrir des débouchés intéressants aux gens que nous recherchons.

Vous vouliez savoir pourquoi passer d'un programme menant à un grade à un programme menant à un diplôme? Nos professions deviennent de plus en plus complexes. On demande aux technologues de faire des choses de plus en plus complexes — on ne leur demande plus simplement de pousser sur des boutons.

Le système d'enseignement est-il en retard? Il faut du temps pour modifier le système, et la pénurie de technologues en résonnance magnétique s'explique en partie parce que nous commençons tout juste à offrir un programme de formation ciblé sur leur profession. On ne peut y accéder qu'après une formation de base en radiologie. Nous finirons par en faire un programme que l'on intégrera directement.

Il existe une concurrence au niveau du recrutement entre les médecins et les physiciens, mais cette concurrence est également caractéristique du milieu dans lequel nous évoluons. Au cours des deux dernières années, Cancer Care Ontario a nettement augmenté les salaires offerts aux physiciens médicaux qui étaient davantage attirés par des offres en provenance de l'État de New York. C'était la seule façon d'arrêter l'hémorragie. À présent, on s'attend à ce que l'Ontario fasse la même chose que les Américains auprès des autres provinces pour doter ses nouveaux centres.

Le président: Autrement dit, la Nouvelle-Écosse et d'autres provinces vont avoir beaucoup de difficulté.

Dr. Johns: C'est possible, d'autant plus qu'il n'y a pas assez de physiciens à cause de la population réduite.

Vous vouliez aussi savoir ce que font les autres pays. Pour ce qui est des physiciens et de tout autre groupe dont les qualifications sont transférables en vertu de l'ALENA, les États-Unis viennent recruter chez nous. Il est bien connu que le système d'enseignement canadien est bon. En outre, les étudiants diplômés des programmes de physique médicale au Canada remportent proportionnellement plus de prix et de concours en recherche que leurs camarades d'autres pays, ce qui est très gratifiant.

Restent-ils tous au Canada? Il ne s'agit pas sur ce plan d'un problème de salaire. Le facteur le plus important, pour eux, est la possibilité de participer à des recherches de pointe, sur de nouvelles technologies ou nouvelles procédures, et cetera. C'est donc tout le milieu dans lequel ils se retrouvent qui est déterminant. Je pense pouvoir dire que la même chose est vraie pour le groupe des physiciens.

Senator Keon: Dr. Johns, I would like to focus on a Canadian problem that I raised repeatedly at the Royal College in the years I was on council there. About 50 per cent of what we are teaching our students is obsolete by the time that we are finished educating them. Radiologists in a subspecialty coming out of the system normally have about 12 years of training by the time that they start their M.D. Is that not correct?

Dr. Johns: Correct.

Senator Keon: It is not an exaggeration to say that 50 per cent of what they are taught is totally useless. The average Ph.D. does a B.Sc., an M.Sc., a four-year Ph.D., a two-year post-doctorate, and then finds a job. The same thing has happened to him.

We must change our entire focus in education programs. We must shorten them at the front end and intensify the continuing education components of them. We cannot afford many of these programs in the first place, and it makes no sense to be teaching people a lot of material that they would never use. I would like your comments.

Dr. Johns: Basically, I agree with your observation of the facts. I am not sure that I agree with your recommendations. In an education program, the first thing you are learning is how to learn; then you learn some facts. It is presumed that when you leave you will continue to learn and update your knowledge. You could focus programs, teach fewer and more up-to-date courses, and teach them faster. However, would graduates then be able to adapt 15 years out as a professional in the field, or will they use that knowledge until it is obsolete and then become stale? That is the hazard that you run.

Another hazard is that if you teach a narrow base of knowledge, and three years later graduates decide that they do not like that field because they are limited. What is their opportunity to change? Their options will be much more limited than if they had a broader base of medicine or science on which to build.

Not all radiology residents or nuclear medicine residents go on and only do that for the rest of their career. Not all medical physicists end up in a diagnostic or therapeutic facility. Some go on and work in the semi-conductor industry or vice versa.

I think that most people would prefer that flexibility.

Mr. Davis: A major focus in our educational system recent years has been to stop teaching the "ologies" and start teaching the science. If you understand the science behind the "ologies," you can keep pace with the changes.

This has demanded a completely different approach to education and training within our profession. It relates to the

Le sénateur Keon: Docteur Johns, j'aimerais que nous parlions d'un problème canadien que j'ai soulevé de façon régulière au Collège royal pendant le temps que j'ai passé à son conseil. Près de la moitié des matières que nous enseignons à nos étudiants sont désuètes au moment où ils arrivent au diplôme. Les radiologues qui sont formés par le système doivent étudier environ 12 ans avant de pouvoir pratiquer. Je me trompe?

Dr. Johns: C'est cela.

Le sénateur Keon: Nous n'exagérons pas un peu quand nous affirmons que la moitié de ce qui leur est enseigné est totalement inutile. Le titulaire d'un doctorat moyen, fait d'abord un bac puis une maîtrise en science suivie de quatre années de doctorat et de deux années d'études post-doctorales, avant de se trouver un emploi. C'est la même chose pour cette personne.

Il nous faut entièrement modifier l'orientation des programmes d'enseignement. Nous devons les raccourcir au début et en intensifier la dimension éducation permanente. Tout d'abord, tous ces programmes sont très chers et il est totalement illogique d'enseigner aux gens des choses qu'ils ne vont jamais utiliser. Qu'en pensez-vous?

Dr. Johns: Je suis foncièrement d'accord avec votre analyse des faits. En revanche, je n'arrive pas forcément à la même conclusion. Dans un programme d'enseignement on commence par apprendre à apprendre, puis on acquiert un ensemble de données. On suppose que, à la fin de vos études, vous continuerez à apprendre et à mettre vos connaissances à jour. Vous pourriez certes resserrer davantage le contenu des programmes, enseigner moins de choses mais des choses plus actuelles, et accélérer la période d'enseignement. Reste à savoir si vos diplômés pourraient s'adapter, après avoir passé 15 ans dans la profession, ou s'ils utiliseront leurs connaissances jusqu'à ce qu'elles deviennent obsolètes et dépassées. Voilà le danger que vous courez.

Un enseignement cible et restreint présente un autre danger. Si, au bout de trois ans, les diplômés décident qu'ils n'aiment pas le domaine parce qu'ils sont trop limités, quelles possibilités auront-ils de changer d'orientation? Leurs options seront beaucoup plus limitées que s'ils avaient reçu un enseignement très large dans le domaine médical ou scientifique.

Ce ne sont pas tous les résidents en radiologie ou les résidents en médecine nucléaire qui poursuivent ces carrières pour le restant de leurs jours. Tous les physiciens médicaux n'aboutissent pas dans les domaines de la thérapie ou du diagnostic. Certains se retrouvent dans l'industrie des semi-conducteurs, et l'inverse est également vrai.

Personnellement, je crois que la majorité des gens préfèrent ce genre de souplesse.

M. Davis: Ces dernières années, notre système d'éducation s'est désintéressé de l'enseignement de toutes les techniques terminant en «ologie» pour enseigner les sciences. Si vous comprenez les bases scientifiques, vous êtes en mesure de vous adapter aux changements.

Pour cela, nous avons dû adopter dans nos professions une approche radicalement différente en matière d'éducation et de

relationship of focussing towards the degree process as we build that approach.

The "ologies" have been obsolete many times over since I was a student. Glucose alone has changed six times since I was learning how to do it in a boiling water bath.

Senator LeBreton: I have a question for Dr. St. Denis. I can only speak from the Ontario experience, but the Ontario Health Insurance Plan now covers chiropractic care?

Dr. St. Denis: Partially.

Senator LeBreton: Is this the case in all of the provinces?

Dr. St. Denis: No, it would be safe to say that there is some provincial health coverage in provinces west of Ontario. The Maritimes and Quebec have no coverage.

Senator LeBreton: Without getting into the details, could you tell me the percentage of the patients that you look after in Ontario that would be covered by the OHIP?

Dr. St. Denis: Do you mean what portion of my office fee is reimbursed by OHIP? I would say about 30 per cent to 40 per cent.

Senator LeBreton: You say that you do not have hospital privileges. If you have a patient that is in a hospital and OHIP is paying you to look after that patient, how could they say that you could not use the facilities of the hospital? How do they justify that? Has your association attempted to change that?

Dr. St. Denis: We have gone on television with it. We have done just about everything we could do, but it is a closed door. It really is. I could visit a patient pretending to be a cousin. We are not allowed to go to the hospital as a treating chiropractor and treat lower back pain caused by a patient being in bed for a lengthy time.

Senator LeBreton: We are talking about an integrated health system. If you have a patient in Dr. Keon's heart institute with a bad back, it makes sense to me that the person who has been treating him or her would be able to treat the individual for the same condition.

Dr. St. Denis: I agree with you.

Senator LeBreton: It does not seem to make sense.

Senator Fairbairn: A number of my questions have been asked and answered. I am looking at the brief for radiation technologists. Are these jobs well paid?

Why, when there is a tremendous need for these people, are there so many training spaces and job vacancies? Given the nature of the jobs, I would think that this work would be quite attractive to young people coming into university. What keeps the flood

formation. Voilà qui explique en partie le changement de cap que nous voulons effectuer pour passer à un programme débouchant sur un diplôme.

Toutes les technologies que j'ai étudiées ont été dépassées bien des fois avant que j'arrive au diplôme, le glucose lui-même a changé six fois pendant que j'apprenais comment en produire dans un bain d'eau bouillante.

Le sénateur LeBreton: Ma question s'adresse au Dr St. Denis. Je ne peux parler qu'en ce qui concerne l'Ontario, mais est-ce que le régime d'assurance santé de cette province couvre les soins chiropratiques?

Dr St. Denis: En partie.

Le sénateur LeBreton: Est-ce ainsi dans toutes les provinces?

Dr St. Denis: Non, on peut même affirmer que les provinces à l'ouest de l'Ontario assurent une certaine couverture des soins chiropratiques. En revanche, rien n'est assuré dans les Maritimes ni au Québec.

Le sénateur LeBreton: Sans entrer dans le détail, pourriez-vous me donner une idée du pourcentage de patients dont vous vous occupez en Ontario et qui sont couverts par le RAMO?

Dr St. Denis: Vous voulez savoir quel pourcentage de mes frais professionnels sont remboursés par le RAMO? Je dirais 30 à 40 p. 100.

Le sénateur LeBreton: Vous disiez que vous ne pouvez pas travailler en milieu hospitalier. Si vous avez un patient qui a été hospitalisé et que le RAMO rembourse les soins que vous lui prodiguez, vous ne pourriez pas exercer dans cet hôpital? Comment justifier cela? Votre association a-t-elle essayé de modifier cette règle?

Dr St. Denis: Nous sommes même passés à la télévision pour condamner cette situation. Nous avons fait tout ce que nous pouvions faire, mais on nous a opposé une fin de non-recevoir. C'est ainsi. Je peux toujours rendre visite à un patient en prétendant être son cousin. Nous n'avons pas le droit d'aller dans un hôpital en tant que chiropraticien soignant et de traiter une douleur lombaire provoquée par le fait que le malade sera resté longtemps alité.

Le sénateur LeBreton: Parlons de système de santé intégré. Si vous avez un patient qui a été admis à l'institut cardiaque du Dr Keon et qui souffre d'un mal de dos, je trouverais tout à fait logique que vous puissiez le traiter pour un état qui lui a déjà valu d'être votre patient.

Dr St. Denis: Je suis d'accord avec vous.

Le sénateur LeBreton: La situation actuelle me semble illogique.

Le sénateur Fairbairn: Plusieurs des questions que je voulais poser l'ont déjà été et vous y avez répondu. Je suis en train d'examiner le mémoire des radiothérapeutes. Est-ce que ces emplois sont bien payés?

Comment se fait-il, étant donné qu'on a autant besoin de gens dans ce domaine, qu'il y ait autant de places de libres et d'emplois vacants? Étant donné la nature de ces emplois, j'aurais penser qu'ils intéressent davantage les jeunes désireux d'entreprendre des

gates from opening? Is it the length of commitment that they must make? Have you any thoughts on that?

Dr. Johns: I do not believe it to be a high-paying profession. In general, technologist's positions are not high paying in any sector of society.

Also, the work environment can be stressful; it might involve a lot of shift work. For various reasons, a substantial number of medical radiation technologists are part-time workers. That may be a discouraging factor. A high school student talking to someone in the field might hear about enough negative aspects of the environment to be compelled to choose to learn JAVA in community college instead. However, it could be a very attractive position. It involves working with people and science. Imaging is naturally interesting to many people.

Senator Fairbairn: And critical.

Dr. Johns: Yes, it is an important profession. It could be attractive to entrants. It would be the way that it is presented and the way the work environment is known in society. The nursing profession has certainly received much public sympathy for their work environment. There are concerns about the medical radiation technology area as well.

Some of the environment problems are due to the manner in which hospitals administer. There are actually a decreasing number of full-time opportunities.

Senator Fairbairn: Why is that the situation in a hospital? Could they pay less salary that way?

Dr. Johns: There may be savings on benefits for those who work part-time. That practice has been in place for some number of years; it takes time to change things.

The hospitals now — at least in this province — are trying to sort out the ramifications of the various amalgamations. This topic is way down toward the lower half of the priority list.

Mr. Davis: Employers have taken advantage of the surplus of technologists and the downsizing that occurred in the 1990s to "casualize" our workforce. As has been done in nursing, they have reduced the number of full-time positions and split up full-time jobs into part-time positions because it provides better flexibility in their organization and planning.

However, that is coming to an end now because that part-time pool of people is being absorbed into full-time jobs. The surplus of people has disappeared out of the industry. Now, they are in trouble; they are in big trouble. British Columbia, in particular, is in big trouble today because that is the approach they took during the 1990s. It is coming back to haunt them.

Senator Fairbairn: I noticed in the brief the need to bring us up to OECD standards on some important pieces of equipment such as MR scanners. In my community, we did not wait for somebody else to hand us an MRI. We raised the money through

études universitaires. Comment se fait-il que les vannes ne soient pas ouvertes à fond? Est-ce la durée des études qui est rébarbative? Que pouvez-vous nous dire à ce sujet?

Dr. Johns: Je ne pense pas que cette profession soit particulièrement bien payée. D'une façon générale, aucun technologue n'est bien rémunéré, quel que soit son secteur d'activité.

En outre, le travail peut être particulièrement stressant et exigé que l'on fasse des quarts. Pour toutes ces raisons, plusieurs technologues du domaine médical travaillent à temps partiel. Tout cela peut être décourageant. Ainsi, un élève du secondaire qui s'entretiendra avec un spécialiste du domaine entendra peut-être parler des aspects négatifs et aura peut-être plus envie d'aller apprendre le JAVA dans un collège communautaire. Il demeure que ce genre d'emploi peut être très intéressant, parce qu'on travaille au contact des gens, dans un domaine scientifique. L'imagerie est naturellement très intéressante pour bien des gens.

Le sénateur Fairbairn: Et c'est une profession importante.

Dr. Johns: C'est vrai. Elle peut fort bien attirer de nouveaux venus. Tout dépend de la façon dont elle est présentée et de la manière dont le milieu de travail est perçu dans la société. Les infirmières ont suscité la compassion du public, à cause de leur milieu de travail. On se préoccupe par ailleurs de ce qui se passe dans le domaine de la radiothérapie médicale.

Certains problèmes du milieu sont dus à la façon dont les hôpitaux sont administrés. On constate actuellement une diminution du nombre de postes offerts à temps plein.

Le sénateur Fairbairn: Que se passe-t-il du côté des hôpitaux? Cette formule leur permet-elle de réduire la masse salariale?

Dr. Johns: Les avantages sociaux coûtent moins chers dans le cas des employés à temps partiel. Cette situation règne depuis plusieurs années et il faut du temps pour changer les choses.

Les hôpitaux — du moins dans cette province — essaient de composer avec les conséquences des regroupements qu'on leur a imposés, si bien que ce problème est tout en bas de leur liste de priorité.

M. Davis: Les employeurs ont profité du surplus de technologues et nos membres ont fait les frais des réductions d'effectifs des années 90. Comme dans le secteur des soins infirmiers, les hôpitaux ont réduit le nombre de postes à temps plein et ont subdivisé les emplois à temps plein en emplois à temps partiel, parce que cela leur confère une meilleure souplesse sur les plans de l'organisation et de la planification.

Nous arrivons toutefois au bout de cette logique parce que les employés à temps partiel sont maintenant intégrés dans des postes à temps plein. Désormais, la demande est supérieure à l'offre. Les employeurs sont en difficulté, même en très grande difficulté. C'est particulièrement le cas en Colombie-Britannique, à cause de l'approche adoptée dans les années 90. Les employeurs, là-bas, le payent cher.

Le sénateur Fairbairn: Dans votre mémoire vous parlez de la nécessité, pour le Canada, de se hausser aux normes de l'OCDE dans le cas des importantes pièces d'équipement, comme les tomodesistomètres. Dans ma ville, nous n'avons pas attendu que

the local hospital and telethons to purchase it. This is happening elsewhere, too. People want those things in their communities so they do not have to travel a great distance. Do you suspect that at some point you will be finding it difficult to staff that equipment?

Dr. Johns: Yes.

Senator Fairbairn: A community could obtain the equipment and not be able to hire the expertise to operate it?

Dr. Johns: The way in which these things are funded is complicated. The community may raise the money for the capital purchase, but the province must be convinced to pay the 10 to 30 per cent of the capital cost of the operation per year. Funds are needed for a service contract to maintain the equipment and for the staff and the professional fees for reading examinations on it, et cetera.

You may have the equipment, but you do not have a budget to run it. You may have to take that budget from another part of the hospital.

The Chairman: There was a specific example of that in Ottawa this past year. The Ottawa Hospital had a sophisticated machine but the province would not pay the operating expenses. Ottawa patients were travelling to Montreal to use such a machine. The absurdity of the situation became a political issue, and money was granted by the province to operate the machine.

Senator Morin: You must see the government point of view though. They are not expecting this equipment to be purchased from donations, and therefore, have not the budget for the operating costs. There are two sides to that.

Mr. Davis: Without the proper trained technologist to operate that equipment — whether it be the medical laboratory or in the radiation area — the entire diagnostic engine of this health care system will stop cold in its tracks.

Senator Fairbairn: This is a strange way to run a modern-day scientific business, which we are all supposed to be doing.

I have one question for Dr. St. Denis. The concerns that you very well expressed in your brief are not new. The benefits of chiropractic medicine have been difficult to sell to the system for some time. What do you need to do to gain positive awareness so that you might finally open those hospital doors?

quelqu'un nous livre un IRM. Nous avons récolté l'argent nécessaire, à l'occasion d'une campagne à l'hôpital local et d'un téléthon, pour nous le payer. La même chose se produit ailleurs. Les gens veulent disposer de certains équipements dans leur collectivité pour ne pas avoir à franchir d'importantes distances pour subir des tests ailleurs. Ne pensez-vous pas qu'il risque d'être difficile pour vous, à un moment donné, de trouver du personnel pour exploiter cet équipement?

Dr Johns: Oui.

Le sénateur Fairbairn: Autrement dit, une ville pourrait se procurer ce genre d'équipement mais ne trouver personne pour l'exploiter.

Dr Johns: Le financement de toutes ces choses-là est fort complexe. Les collectivités peuvent recueillir de l'argent pour acheter le matériel, mais il faut encore convaincre la province de payer les 10 ou 30 p. 100 annuels que représentent les coûts d'exploitation. Des fonds sont nécessaires pour entretenir l'équipement, pour payer le personnel et défrayer les frais professionnels intervenant à l'étape de l'interprétation des examens.

Vous pouvez toujours avoir l'équipement, mais vous risquez de ne pas avoir les budgets nécessaires pour le faire fonctionner. Le cas échéant, il vous faudra aller puiser l'argent dans un autre budget de l'hôpital.

Le président: Nous avons eu un exemple du genre à Ottawa, l'année dernière. L'Hôpital d'Ottawa disposait d'une machine très perfectionnée, mais la province n'a pas voulu assumer les frais d'exploitation. Les patients d'Ottawa devaient donc se rendre à Montréal pour bénéficier des services d'une machine identique. L'absurdité de la situation a été transportée sur la scène politique et, finalement, la province a débloqué les fonds nécessaires pour permettre l'utilisation de cet équipement.

Le sénateur Morin: Il faut cependant tenir compte du point de vue du gouvernement. Il ne s'attend pas à ce que cet équipement soit acheté grâce à des dons et, par conséquent, il n'a pas prévu les budgets nécessaires pour en assurer l'exploitation. Il y a donc les deux côtés à considérer.

M. Davis: Peu importe, sans technologue correctement formé pour exploiter ce matériel — que ce soit dans un laboratoire médical ou dans un centre de traitement — tout l'aspect diagnostique du système de soins de santé va complètement dérailler.

Le sénateur Fairbairn: Voilà une drôle de façon de conduire une entreprise scientifique de nos jours, ce que nous sommes censés faire.

J'ai une question à l'intention du Dr St. Denis. Les préoccupations que vous avez si bien exprimées dans votre mémoire ne sont pas nouvelles. Il a toujours été difficile de faire accepter les avantages de la chiropractie par le système officiel. Que devez-vous faire pour que les gens vous perçoivent plus positivement et qu'on vous ouvre les portes des hôpitaux?

I have deteriorating disks in my lower back; nobody has ever told me to go see a chiropractor. You could probably fix me up in a few minutes.

The Chairman: This is called a private consult.

Senator Fairbairn: I would not have to take anti-inflammatories when I am lugging my luggage all over the country.

I am wondering how your association can integrate within a system that we keep being told should be an integrated system?

Dr. St. Denis: That is one of the reasons why we are here. Unlike others, we do not want to ask for more money. We want to ask for better use of what is there.

In answer to your question, there are ways in which we can integrate. University education of the physicians is a good first step. Dalhousie University did a study two years ago and found that six out of 10 medical schools now have integrated a short compulsory course on chiropractic in their schools. There needs to be more of that cross-meshing. That would help. We advertise as well and use word of mouth. That is going on all the time.

We are here to discuss integration. We can provide you with the information and tell you that people are choosing chiropractic treatments and that chiropractic medicine is indeed a necessary and valued discipline. What can we do to work together? How do we make the system work?

Senator Callbeck: I would like to follow up on that. Chiropractic services are covered under medicare, to a certain amount, by six provinces, correct?

Dr. St. Denis: Yes, to a certain amount.

Senator Callbeck: Do most private insurance plans cover chiropractic services?

Dr. St. Denis: Many of them do, up to say \$300 to \$500, with a \$25 deductible.

Senator Callbeck: I have a question on medical laboratory technologists. Do the advances in technology have an effect on the number of technologists that are needed? In other words, do we need fewer technologists because of the advances in technology?

Mr. Davis: It would be nice to think that because of robotics and technology, we might need fewer trained people. However, the technology has become more complex, and we are doing many more tests. Where previously there were one or two diagnostic tests ordered, there now may be a dozen or more ordered and they are much more complex. A typical example is the troponin T test now being used for cardiac assessment in emergency departments. Five years ago, this test would not have been thought of as "routine." It was the in the research

J'ai des disques intervertébraux, au niveau des lombaires, qui sont en train de se détériorer. Personne ne m'a dit d'aller voir un chiropraticien. Vous pourriez sans doute me régler cela en quelques minutes.

Le président: Ça, c'est une consultation privée.

Le sénateur Fairbairn: Je n'aurais pas besoin de prendre d'anti-inflammatoires parce que je transporte mes bagages un peu partout au pays.

Je me demande comment nous pourrions parvenir à faire en sorte que les gens que vous représentez dans votre association soient intégrés dans ce système que nous souhaitons intégrer?

Dr St. Denis: C'est une des raisons pour lesquelles nous sommes ici. Contrairement aux autres, nous ne voulons pas demander plus d'argent. Nous voulons simplement qu'on utilise mieux ce que nous avons à proposer.

Pour répondre à votre question, il est vrai qu'il existe des façons dont on pourrait nous intégrer au système. On pourrait commencer par renseigner les futurs médecins au niveau de l'université. L'Université Dalhousie a effectué une étude il y a deux ans et a constaté que six écoles de médecine sur dix offrent un petit cours obligatoire sur la chiropractie. Il faut offrir davantage de recoupement du genre. Ça aiderait. De plus, nous faisons de la publicité et jouons sur le bouche à oreille. Nous le faisons en permanence.

Nous sommes ici pour parler d'intégration. Eh bien, nous pouvons vous fournir des données à cet égard et vous prouver que des gens ont délibérément choisi la chiropractie pour se faire traiter et que la médecine chiropratique constitue une discipline nécessaire et appréciée. Dès lors, comment travailler ensemble? Comment faire en sorte que le système fonctionne?

Le sénateur Callbeck: Je vais enchaîner sur ce que vous venez de dire. Les services chiropratiques sont remboursés par l'assurance maladie, dans une certaine mesure, par six provinces. C'est exact?

Dr St. Denis: Oui, jusqu'à un certain montant.

Le sénateur Callbeck: Est-ce que la majorité des régimes privés d'assurance défraient les services de chiropractie?

Dr St. Denis: La plupart d'entre eux, jusqu'à concurrence de 300 \$ ou 500 \$, moyennant une franchise de 25 \$.

Le sénateur Callbeck: Je veux poser une question sur les technologues de laboratoires médicaux. Est-ce que les progrès de la technologie ont un effet sur le nombre de technologues nécessaires? Autrement dit, avons-nous besoin de moins de technologues à cause des progrès de la technologie?

M. Davis: Ce serait bien que, grâce à la robotique et à la technologie en général, nous ayons à former moins de gens. Cependant, la technologie est devenue plus complexe et nous faisons de plus en plus de tests. Si, avant, on nous commandait un test diagnostique ou deux, maintenant on nous en commande une bonne dizaine si ce n'est plus et ils sont de plus en plus complexes. On songera, par exemple, au test de la troponine T, utilisé pour les évaluations cardiaques dans les services d'urgence. Il y a cinq ans, on n'aurait jamais imaginé que ce test puisse être

environment. No one knew when it would be put into use. It is now a routine test in most major medical centres.

As we automate and improve the technology, we come up with many new things to do. The male equivalent of a Pap test, not covered by most health plans, is being rapidly introduced in the health care system across Canada.

The Chairman: Thank you, gentlemen, very much for coming.


The committee adjourned.

aussi «courant» qu'aujourd'hui. On ne l'a pratiqué que dans le milieu de la recherche. Personne n'aurait pu dire quand il allait être mis en pratique. Eh bien, aujourd'hui, c'est un test de routine dans la plupart des grands centres médicaux.

À la faveur de l'automatisation et de l'amélioration technologique, on nous confie de plus en plus de choses. Le test qui, chez les messieurs, est l'équivalent du test Pap, et qui est exclu de la majorité des régimes d'assurance santé, est de plus en plus pris en compte par le système des soins de santé un peu partout au Canada.

Le président: Merci, beaucoup, messieurs, d'avoir répondu à notre invitation.

La séance est levée.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation/Société canadienne des postes

Postage paid

Port payé

Letter mail

Poste-lettre

**03159442
Ottawa**

If undelivered, return COVER ONLY to:
Canadian Government Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à :*
Les Éditions du gouvernement du Canada
45, boulevard Sacré-Coeur,
Hull (Québec) Canada K1A 0S9

Available from:
Public Works and Government Services Canada — Publishing,
Ottawa, Canada K1A 0S9

En vente:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — Édition,
Ottawa (Canada) K1A 0S9



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, May 17, 2001

Le jeudi 17 mai 2001

Issue No. 14

Fascicule n° 14

Twelfth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Douzième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

First meeting on:
The state of federal government policy relating to the
preservation and promotion of a sense of community and
national belonging in Canada

Première réunion concernant:
L'état de la politique fédérale sur la préservation et la
promotion de l'esprit communautaire et du sentiment
d'appartenance au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Cohen substituted for that of the Honourable Senator DeWare (*May 17, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Cohen est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (*le 17 mai 2001*).

ORDER OF REFERENCE

Extract from the *Journals of the Senate* of Tuesday, April 24, 2001:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator Kirby, seconded by the Honourable Senator Poulin:

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

(a) the effectiveness of the policies, programs, symbols and institutions that have been used in the past to promote and protect Canadian distinctiveness or which have fostered an element of Canadian distinctiveness merely by their existence;

(b) the effects of globalization and rapid technological change on Canada's ability to preserve and promote its distinctiveness at home and abroad;

(c) the options that exist to modernize federal policies with respect to preserving, creating and promoting the uniqueness of Canada in a changing national and international context;

(d) the opportunities that exist to use new technologies to market our unique qualities to the world and to engender pride in Canadians about themselves and their country.

That the Committee submit its final report no later than December 20, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

The question being put on the motion, it was adopted.

ORDRE DE RENVOI

Extrait des *Journaux du Sénat* du mardi 24 avril 2001:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur Kirby, appuyée par l'honorable sénateur Poulin,

Que le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada. En particulier, que le Comité soit autorisé à examiner :

a) l'efficacité des politiques, des programmes, des symboles et des institutions qui ont servi dans le passé à promouvoir et à protéger le caractère distinct du Canada ou qui, par leur simple existence, ont fait ressortir un aspect du caractère distinct du Canada;

b) les effets de la mondialisation et de l'évolution technologique rapide sur l'aptitude du Canada à préserver et à promouvoir son caractère distinct au pays et à l'étranger;

c) les options qui existent pour moderniser les politiques fédérales relatives à la préservation, à la création et à la promotion du caractère unique du Canada dans un contexte national et international en constante évolution;

d) les possibilités d'utiliser de nouvelles technologies pour faire connaître nos qualités particulières au monde entier et pour rendre les Canadiens fiers d'eux et de leur pays.

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 20 décembre 2002; et

Que, sans égard aux pratiques habituelles, si le Sénat ne siège pas lorsque le rapport du comité sera terminé, le rapport puisse être déposé auprès du Greffier du Sénat et qu'il soit considéré comme ayant été déposé devant cette Chambre.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, May 17, 2001
(15)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson and Roche (8).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk; from the Northern Ireland Assembly: Stephen J. Graham, Clerk to the Social Development Committee.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the Canadian Home Care Association (CHCA):

Nadine Henningsen, Executive Director.

From the Canadian Association for Community Care (CACC):

Dr. Taylor Alexander, President and Chief Executive Officer.

From the Victorian Order of Nurses for Canada (VON Canada):

Diane McLeod, Vice-President, Policy, Planning and Government Relations, Central Region.

Ms Henningsen made a statement. Dr. Alexander made a statement. Ms McLeod made a statement. The witnesses answered questions.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, April 24, 2001, the committee began its consideration of the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada.

The Chair made a statement.

It was agreed — That a subcommittee on the preservation and promotion of a sense of Canadian community be established, comprising five members, including the Honourable Senators Kirby, LeBreton, Robertson, Cook and Cordy;

That the subcommittee be authorized to send for persons, papers and records, whenever required, and to print from day such papers and evidence as may be ordered by it;

That, pursuant to section 32 of the Financial Administration Act, the committee's authority to commit funds be conferred on the subcommittee;

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 17 mai 2001
(15)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, à 11 h 05, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson et Roche (8).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, commis législatif; de la Northern Ireland Assembly: Stephen J. Graham, greffier du Social Development Committee.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n^o 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De l'Association canadienne de soins et services à domicile:

Nadine Henningsen, directrice exécutive.

De l'Association canadienne de soins et services communautaires (ACSSC):

Dr Taylor Alexander, président-directeur général.

Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada (VON Canada):

Diane McLeod, vice-présidente, Planification des politiques et relations gouvernementales, région centrale.

Mme Henningsen fait une déclaration; M. Alexander fait une déclaration; Mme McLeod fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 avril 2001, le comité entame l'examen de l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada.

Le président fait une déclaration.

Il est convenu — Qu'un sous-comité soit formé afin d'examiner les questions liées à la préservation et la promotion de l'esprit communautaire, et qu'il soit composé de cinq membres, dont les honorables sénateurs Kirby, LeBreton, Robertson, Cook et Cordy;

Que le sous-comité soit autorisé à faire venir des témoins, des documents et des dossiers, en cas de besoin, et à imprimer ces documents et témoignages;

Que, conformément à l'article 32 de la Loi sur la gestion des finances publiques, l'autorisation du comité d'engager des fonds soit conférée au sous-comité;

That, pursuant to section 34 of the Financial Administration Act and Guideline 3:05 of Appendix II of the *Rules of the Senate*, the committee's authority for certifying accounts payable be conferred on the subcommittee;

That the committee's power to permit coverage by electronic media of meeting be conferred on the subcommittee, and

That the Order of Reference adopted by the Senate on Tuesday, April 24, 2001 regarding the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada be referred to the subcommittee.

At 12:37 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

Que, conformément à l'article 34 de la Loi sur la gestion des finances publiques et à la directive 3:05 de l'annexe II du *Règlement du Sénat*, l'autorisation du comité d'approuver les comptes à payer soit conférée au sous-comité;

Que l'autorisation du comité relative à la permission de diffuser les délibérations par les médias d'information électronique soit conférée au sous-comité; et

Que l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le mardi 24 avril 2001 à propos de l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada soit renvoyé au sous-comité.

À 12 h 37, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, May 17, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are here to continue our discussion of the state of the health care system in Canada. We are delighted to have with us the panel of witnesses that will deal with the home care issue, which has come up indirectly many times during our discussions. We are delighted to hear the views of the Canadian Home Care Association, the Canadian Association for Community Care and the Victorian Order of Nurses. Thank you all for coming.

Speaking first will be Ms Nadine Henningsen, Executive Director of the Canadian Home Care Association.

Ms Nadine Henningsen, Executive Director, Canadian Home Care Association: Honourable senators, I would like to introduce my colleague, Ms Evans, the Treasurer of the Canadian Home Care Association. I would like to thank you for the invitation to present today.

Our association is composed of policy planners, administrators, service providers, researchers and educators in the home and community care field. The brief entitled "Strengthening Home Care, a Call for Action" will serve as the basis for my presentation. This document was developed through a consensus process with our membership and governing board. It expresses the views of the Canadian Home Care Association as a collective voice for home and community care across Canada.

It is important to begin my presentation with a clarification of a term that I will be using quite frequently. In home and community care we refer to the patient as the "client." That is an important distinction to make before I begin my presentation.

During the past 15 years, home and community care services have been widely recognized as essential elements in an integrated health service system. This recognition has been reinforced by a steady increase in public home care spending from 1.2 per cent of the total health care expenditures in 1980-81 to approximately 4 per cent in 1997-98. Home care is the program that plans in-home support, monitors —

The Chairman: For clarification, you keep using the term "home and community care." Are they different, or the same? If you are going to explain later, that is fine. We have always used

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 17 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 11 h 05 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes ici pour poursuivre notre discussion sur l'état du système de soins de santé au Canada. Nous sommes heureux d'accueillir aujourd'hui un groupe de témoins qui vont nous parler de la question des soins à domicile, qui a été abordée indirectement à maintes reprises au cours de nos débats. Nous sommes très heureux de pouvoir entendre l'opinion des représentants de l'Association canadienne de soins et services à domicile, de l'Association canadienne de soins et services communautaires et de l'Ordre de Victoria du Canada. Merci à tous d'être venus.

Nous entendrons d'abord Mme Nadine Henningsen, directrice exécutive de l'Association canadienne de soins et services à domicile.

Mme Nadine Henningsen, directrice exécutive, Association canadienne de soins et services à domicile: Honorables sénateurs, permettez-moi de vous présenter ma collègue, Mme Evans, la trésorière de l'Association canadienne de soins et services à domicile. Je vous remercie de nous avoir invités aujourd'hui.

Notre association regroupe des planificateurs stratégiques, des administrateurs, des fournisseurs de services, des chercheurs et des éducateurs dans le domaine des soins de proximité et à domicile. Le mémoire intitulé: «Renforcer les soins à domicile, le temps d'agir» me servira de base pour mon exposé. Ce document est le fruit d'un consensus de nos membres et de notre conseil directeur. Il formule le point de vue de l'Association canadienne de soins et services à domicile et sert de voix collective à toutes les personnes qui assurent des soins de proximité et à domicile au Canada.

Il est important que je commence par bien préciser un terme que je vais employer fréquemment au cours de mon exposé. Lorsque nous parlons de soins communautaires et à domicile, nous employons le terme «client» pour parler du patient. C'est une distinction importante que je voulais faire avant de commencer mon exposé.

Au cours des 15 dernières années, on a largement reconnu que les soins de proximité et à domicile constituaient les éléments essentiels d'un système intégré de services de santé. Ce constat a été confirmé par une augmentation régulière des dépenses publiques dans le domaine des soins à domicile, qui sont passées de 1,2 p. 100 du total des dépenses de santé en 1981 à environ 4 p. 100 en 1997-98. Le programme de soins à domicile, c'est le programme qui permet de planifier les aides à domicile, de contrôler...

Le président: Pouvez-vous me donner une précision? Vous parlez constamment de «soins à domicile et communautaires». Est-ce que c'est la même chose, ou non? Si vous devez nous

the term home care, so we do not know the term "community care."

Ms Henningsen: Home care is the program that plans in-home supports. It monitors and evaluates clients' needs, provides nursing services, helps with activities of daily living and provides homemaking or offers assistance to enable independent living. Home care programs work with other services, including community support services. This is where the community care comes into the picture.

Community support services could include meals on wheels, day centres, respite care and volunteer services. Home care also works with acute care hospitals, palliative care and respite facilities, long-term care services, mental health services and independent living programs — all to assist the client in the home and community.

Home care accomplishes three main objectives. First, home care substitutes for traditional hospital and long-term care facilities. Home care maintains and supports independent living, which allows Canadians to live in their home environment rather than in more costly institutions. Home care serves a preventative function by supporting quality of life and helping to prevent deterioration and by providing brief but intensive interventions in a client's home.

What forces are driving the demand for home and community care? I would like to touch on four key forces that are driving the demand. First is the rapidly growing elderly population. In the 1989-89 national population health survey, 12 per cent of seniors reported receiving publicly funded home care services. More and more seniors are demanding choice, and this will be reinforced with the aging boomer population.

The second force is pressures facing informal caregivers. Most informal caregivers are women who support their family members and who must often manage simultaneously responsibility for aging parents, for their own children and full-time paid work. The combination of pressures can lead to not only stress-related illness and loss of work time for the caregiver, but can also increase the risk of neglect and mistreatment of the care recipient.

The third driving force is the advances in technology. Medical advances have increased life expectancy, decreased the length of hospital stays and have resulted in more outpatient services. Conditions that previously required hospitalization — for example pain control — can now be managed at home. Advances in treatment protocols and accessibility to high-tech equipment make palliative care in the home a real option for Canadians.

l'expliquer plus tard, c'est très bien. Nous avons toujours parlé de soins à domicile, et nous ne savons pas exactement à quoi correspond l'expression «soins communautaires».

Mme Henningsen: Le programme de soins à domicile est celui qui permet de planifier les services de soutien à domicile. Il permet de suivre et d'évaluer les besoins de la clientèle, de prodiguer des soins infirmiers, de faciliter l'exécution des activités quotidiennes et de fournir des services d'entretien domestique ou d'autres types d'aide permettant de mener une vie autonome. C'est là que la notion de soins communautaires intervient.

Les services de soins communautaires, ce sont par exemple les repas livrés à domicile, les centres de jour, les services de relève et les services bénévoles. Les soins à domicile vont aussi de pair avec les hôpitaux de soins actifs, les établissements de soins palliatifs et de relève, les services de soins de longue durée, les services de santé mentale et les programmes de vie autonome, pour aider la clientèle à domicile et dans la collectivité.

Les soins à domicile accomplissent trois objectifs principaux. Premièrement, ils remplacent les soins hospitaliers traditionnels et les établissements de soins de longue durée. Ils maintiennent et appuient l'autonomie, ce qui permet aux Canadiens de vivre de façon autonome à domicile plutôt que dans des institutions plus onéreuses. Les soins à domicile jouent aussi un rôle de prévention en améliorant la qualité de vie des clients, en contribuant à prévenir la déchéance physique et en procurant des interventions de courte durée mais intensives au domicile des clients.

Quelles sont les forces qui influent sur la demande de soins à domicile et communautaires? Je vous parlerai de quatre forces essentielles qui alimentent cette demande. Tout d'abord, il y a une population de plus en plus vieillissante au Canada. Dans l'enquête nationale sur la santé de la population de 1989-89, 12 p. 100 des personnes âgées ont déclaré qu'elles bénéficiaient de soins à domicile à financement public. De plus en plus de personnes âgées exigent de pouvoir faire des choix, et cette attitude ne va faire que se renforcer avec le vieillissement de la génération des baby-boomers.

La deuxième force, ce sont les pressions auxquelles sont confrontés les soignants «naturels». La plupart des soignants «naturels» sont des femmes qui doivent s'occuper des membres de la famille tout en s'acquittant dans bien des cas de multiples autres responsabilités, c'est-à-dire s'occuper de parents âgés et de leurs propres enfants tout en travaillant à plein temps. Cette combinaison de pressions peut non seulement entraîner des maladies liées au stress et l'absence au travail, mais également accroître le risque de négligence et de mauvais traitement des bénéficiaires.

La troisième force, c'est l'avancée technologique. Les découvertes de la médecine ont permis de prolonger l'espérance de vie, de réduire la durée des hospitalisations, et mené aussi à la création de plus de services externes. Des maladies qui auparavant nécessitaient une hospitalisation, par exemple afin d'apaiser la douleur, peuvent maintenant être soignées à domicile. Les nouveaux protocoles de traitement et l'accessibilité à la haute technologie font que les soins palliatifs à domicile sont devenus une option réelle pour la population canadienne.

The fourth driving force is hospital bed reductions. The trend is now towards shorter hospital stays, early discharge and the use of outpatient procedures. This results in more reliance upon community services. Home care is critical to sustaining a hospital system with fewer beds.

What are the benefits of a strengthened home and community care system? A strengthened home and community care will result in the following outcomes.

First, it will enable the health care system as a whole to operate more cost-efficiently. Second, it will reduce the pressure on acute care beds and emergency rooms by providing medical interventions in alternate settings and using hospital resources only when they are needed. Third, it will reduce the demand for long-term beds by providing a viable choice for aging Canadians to maintain their independence and dignity in their own homes and community. Fourth, it will help support family caregivers and sustain their commitment.

What do we need to do to strengthen the home and community care system? The membership of the Canadian Home Care Association believes that the federal, provincial and territorial governments have a strong role in strengthening the home and community care system by achieving national standards, through investment in services, human resources and necessary infrastructure.

To this end, we recommend working towards the achievement of three key objectives. First, the development of national standards for home and community care. National standards for quality and provision of home and community care services will ensure both an effective Canadian health care system and equitable treatment of Canadians in all parts of our country. The method by which these standards are incorporated into national legislation may be debated, but the time for debate about the importance of the standards has passed. This is a very important role for the national, provincial and territorial governments.

The second objective is the enhancement of human resources that are the basis of home and community care programs with improved training and retention strategies. The shortage of nurses, home support workers and therapists is critical in some regions across Canada. While these personnel shortages are part of a larger picture of scarcity of health workers, they are often exacerbated in home care by lower wages and benefits than those paid to workers in hospital and care facilities. Both the wages and supply of community workers are a serious challenge. We must provide compensation that is competitive with care facilities and hospitals. Ongoing professional training must become a priority to ensure that the highest standards of care are maintained. We must continue to investigate the most effective working relationships with the health care team, including the primary care physician and other components of the health care system.

La quatrième force, c'est la diminution du nombre de lits d'hôpitaux. De nos jours, la tendance est d'écourter la période d'hospitalisation et d'offrir des soins externes, d'où une plus grande utilisation des services communautaires. Les soins à domicile jouent un rôle critique pour que puisse fonctionner un secteur hospitalier composant avec moins de lits.

Quels sont les avantages d'un système renforcé de soins de proximité et à domicile? Le renforcement de ces soins communautaires et à domicile se traduira par les résultats suivants.

Premièrement, il permettra à l'ensemble du système de soins de santé de fonctionner de façon plus économique. Deuxièmement, il réduira les pressions au niveau des lits de soins actifs et des salles d'urgence en permettant la réalisation d'interventions médicales dans d'autres contextes, ce qui permettra de réserver les ressources hospitalières pour les cas où elles sont vraiment nécessaires. Troisièmement, il réduira la demande de lits de longue durée en laissant aux Canadiens âgés le choix de rester indépendants et de conserver leur dignité dans leur propre domicile et leur communauté. Quatrièmement, il contribuera au soutien des soignants et renforcera leur engagement.

Que faut-il faire pour renforcer le système de soins à domicile et communautaires? Les membres de l'Association canadienne de soins et services à domicile estiment que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont un rôle fort à jouer pour renforcer le système de soins à domicile et communautaires en élaborant des normes nationales et en investissant dans les services, les ressources humaines et l'infrastructure nécessaires.

À cette fin, nous recommandons que l'on travaille à la réalisation de trois objectifs fondamentaux. Premièrement, l'élaboration de normes nationales en matière de soins à domicile et de soins communautaires. Il est essentiel d'élaborer des normes nationales régissant la qualité et la prestation de soins à domicile afin d'assurer l'efficacité du système de santé du Canada et le traitement équitable des Canadiens dans toutes les régions du pays. On peut discuter du processus d'intégration de ces normes dans une loi nationale, mais le moment de débattre de leur importance est passé. Il s'agit d'une mission très importante pour les gouvernements national, provinciaux et territoriaux.

Le deuxième objectif est d'accroître les effectifs des programmes de soins de santé au moyen de meilleures stratégies de formation et de rétention. La pénurie d'infirmières, d'aides familiales et de thérapeutes est critique dans certaines régions du Canada. Bien que cette pénurie de personnel témoigne de la rareté généralisée des travailleurs et travailleuses de la santé, elle est souvent exacerbée dans le secteur des soins à domicile du fait que ces travailleurs et travailleuses sont moins bien rémunérés et n'ont pas autant d'avantages sociaux que les travailleurs et travailleuses dans les hôpitaux et les établissements de soins de santé. Tant les salaires que les effectifs communautaires représentent un défi important. Nous devons offrir des salaires concurrentiels par rapport aux salaires payés dans les établissements de soins et les hôpitaux. Le perfectionnement professionnel permanent doit devenir une priorité afin de s'assurer de maintenir des normes de première qualité. Nous devons continuer de chercher les moyens les plus efficaces de travailler avec les fournisseurs de soins de

The third objective is the improvement of the infrastructure of home and community care. The Canadian Home Care Association membership recognizes that we cannot simply pour new health care resources into the same old silos in the same proportions. Health care renewal should aim for a sustainable health care system for all Canadians, no matter where their care is provided. Often home supports can be provided at fewer costs than new hospital beds. It is imperative that we build the basic infrastructure of home and community care so that services are accessible, properly managed and available. We must invest to increase the quality and quantity of home care services. We must also ensure that there is a capacity to support people of all ages with many different needs.

The Canadian Home Care Association believes that it is important to invest our money, our skills and our time to achieve these three objectives — national standards, human resources and infrastructure. We must work together to build a system that will ensure that Canadians receive the most appropriate care by the most appropriate provider in the most appropriate setting. A strong home and community care system will help realize this goal. Thank you.

The Chairman: Dr. Alexander, could you explain at the beginning, how your organization differs from the CHCA?

Dr. Taylor Alexander, President and Chief Executive Officer, Canadian Association for Community Care: Perhaps, I might describe scope of activities of our two organizations and the scope of home and community care. Home and community care touches not only home-based services but services provided in the community. For our organization, those include services within long-term care institutional settings as well. Our membership base reflects the long-term care sector. We are a national voice for that sector as well.

Senator Morin: Is that the difference between home care and community care? I do not think the chair's question was answered there. Is that the only difference?

Dr. Alexander: There are different ways of understanding this issue. Home care is traditionally seen as care provided in the person's home. We talk in terms of home and community care because it is very common for persons who receive home care to also go out into the community into day hospitals and various support programs to receive care at the same time in their local communities.

santé, notamment les médecins de premier recours et les autres éléments du système de santé.

Le troisième objectif est d'améliorer l'infrastructure des soins à domicile et communautaires. Les membres de l'Association canadienne de soins et services à domicile se rendent bien compte qu'on ne peut simplement continuer d'investir des ressources illimitées dans les mêmes infrastructures vétustes et dans les mêmes proportions. Le processus de renouvellement des soins de santé doit déboucher sur un système de santé soutenable pour l'ensemble de la population canadienne, peu importe où les soins sont prodigués. Par exemple, mettre en place un programme de soutien à domicile coûte moins cher que de nouveaux lits d'hôpitaux. Il importe d'établir une infrastructure de base là où les besoins existent pour que les soins à domicile soient accessibles, bien gérés et disponibles. Nous devons investir de façon à améliorer la qualité et la quantité des soins à domicile. Nous devons aussi veiller à disposer de la capacité qui nous permettra de répondre aux nombreux besoins différents des personnes de tous âges.

L'Association canadienne de soins et services à domicile croit qu'il est important d'investir notre argent, nos compétences et notre temps en vue d'atteindre ces trois objectifs — des normes nationales, des ressources humaines et une infrastructure. Nous devons travailler ensemble pour bâtir un système qui permettra aux Canadiennes et aux Canadiens de bénéficier des soins les plus appropriés prodigués par la personne la plus appropriée dans le contexte le plus approprié. Un système de soins à domicile et communautaires solide nous permettra de réaliser cet objectif. Merci.

Le président: Docteur Alexander, pourriez-vous tout d'abord nous expliquer en quoi votre organisation se distingue de l'Association canadienne de soins et services à domicile?

Dr Taylor Alexander, président-directeur général, Association canadienne de soins et services communautaires: Peut-être pourrais-je vous décrire l'étendue de nos activités de nos deux organisations et la portée des soins à domicile et communautaires ou de proximité. Quand on parle de soins à domicile et de proximité, on parle non seulement de services à domicile, mais aussi de services au niveau de la communauté. Pour notre organisation, cela inclut aussi les services dans des contextes d'institutionnalisation à long terme. Notre représentation de base correspond à ce secteur des soins à long terme. Nous sommes la voix nationale de ce secteur aussi.

Le sénateur Morin: C'est cela, la différence entre soins à domicile et soins communautaires? Je ne crois pas qu'on ait répondu à la question du président à ce sujet. C'est la seule différence?

Dr Alexander: Il y a plusieurs façons de voir la question. En général, par soins à domicile, on entend les soins fournis au domicile de la personne. Nous parlons de soins à domicile et de soins de proximité parce qu'il arrive souvent que les personnes qui reçoivent des soins à domicile se déplacent dans la communauté pour bénéficier de soins dans des hôpitaux de jour ou dans le cadre de divers programmes de soutien.

In addition there is the next step, which is long-term institutional care — which is the other part of the continuum. I hope that I have answered your question.

The Chairman: We customarily do the questions at the end, but I am trying to understand the context. Do either or both of your organizations include private sector providers as well as public.

Dr. Alexander: Both.

Ms Henningsen: Both.

The Chairman: Both of you have private and public sector providers as members. The owner of the delivery system is not an issue for you people.

Dr. Alexander: No.

[Translation]

Honourable senators, it is a great pleasure for me to represent our board here today and to have this opportunity to share with you a few thoughts on home care in Canada.

[English]

The Canadian Association for Community Care is a national non-profit bilingual association formed in 1995 by the merger of Home Support Canada and the Canadian Long Term Care Association. Our guiding principle is the commitment to providing a strong national voice for the community care sector, which includes home-based care, facility based long-term care, and community support programs such as meal services. Our mission is to promote the development of a range of high-quality, flexible, responsive and accessible community care services within a continuum of care.

I would like to address a number of key issues to which our association has been deeply committed over the past few years. We would like to make some suggestions for federal action in moving ahead.

Formal home and community care services are fairly recent developments in the Canadian health care system and have evolved primarily in the last 25 years or so. In some jurisdictions, their development is even more recent. National data on the sector are very weak, but according to a 1999 report by Statistics Canada, about 613,000 Canadians received care through provincial home care programs. Of this total, about 400,000 were seniors, representing about 12 per cent of all seniors.

More than three million Canadians — mostly women — provide unpaid care to ill family members in the home. They provide that care often at great personal and financial hardship to themselves. Yet, home care programs rely heavily upon the vital support provided by this vast number of devoted family caregivers and would be unable to function without it.

Il y a en outre l'étape suivante, c'est-à-dire les soins institutionnels à long terme, qui constituent l'autre volet du continuum. J'espère que cela répond à votre question.

Le président: Normalement, nous posons les questions à la fin, mais j'essaie de bien situer le contexte. Dans vos deux organisations, avez-vous des fournisseurs de soins du secteur privé aussi bien que du secteur public?

Dr. Alexander: Les deux.

Mme Henningsen: Les deux.

Le président: Donc, vous avez dans vos deux organisations des membres du secteur privé et du secteur public. La question de savoir de qui relève le système de prestations de soins ne vous dérange pas.

Dr. Alexander: Non.

[Français]

Honorables sénateurs, c'est un grand plaisir pour moi de représenter aujourd'hui notre conseil d'administration et d'avoir l'occasion de partager avec vous quelques commentaires sur les soins à domicile au Canada.

[Traduction]

L'Association canadienne de soins et services communautaires est une association nationale bilingue sans but lucratif fondée en 1995 par suite de la fusion de Home Support Canada et de l'Association canadienne de soins et services communautaires. Notre principe directeur est l'engagement à exprimer fortement la voix nationale du secteur des soins communautaires, qui inclut les soins à domicile, les soins à long terme dans des institutions et les programmes de soutien communautaire tels que les repas livrés à domicile. Notre mission consiste à promouvoir l'élaboration de toute une gamme progressive de services de soins communautaires de grande qualité, souples, adaptés aux besoins et accessibles.

Permettez-moi de vous mentionner diverses questions fondamentales sur lesquelles notre association s'est profondément engagée depuis plusieurs années. Nous aimerions suggérer diverses initiatives fédérales pour l'avenir.

Les services officiels de soins à domicile et de proximité sont relativement récents dans le système de soins de santé du Canada et ce sont essentiellement développés depuis environ 25 ans. Dans certains champs de compétence, le phénomène est encore plus récent. Les données nationales sur ce secteur sont relativement restreintes, mais d'après un rapport de Statistique Canada publié en 1999, environ 613 000 Canadiennes et Canadiens bénéficiaient de soins dans le cadre de programmes provinciaux de soins à domicile. Sur ce total, environ 400 000 étaient des personnes âgées, qui représentaient environ 12 p. 100 du total des aînés.

Plus de trois millions de Canadiens, surtout des femmes, fournissent gratuitement des soins à domicile à des membres de leur famille malades. Bien souvent, cela entraîne pour ces Canadiennes et Canadiens de profondes difficultés personnelles et financières. Pourtant, les programmes de soins à domicile s'appuient énormément sur l'aide vitale qu'apportent ces très

On the other hand, there are very few effective support services and incentives in place to assist these dedicated caregivers, an issue that demands urgent and creative solutions and service delivery. Immediate changes are required in the tax system and employment policies among others areas.

Overall, the sector is characterized by lower wages and benefits than provided by hospitals, especially for paraprofessionals who, in some provinces, earn roughly the minimum wage. As there are no national standards, there is a "patchwork quilt" of programs across the country. Often important services are either not covered or only partially covered, causing great inequities among jurisdictions. Indeed, according to Health Canada, about 20 per cent of family caregivers reported that their loved ones did without services because they could not afford them.

Home and community care are not insured services under the Canada Health Act. This has created a parallel, two-tiered system in Canada. Often home care clients are surprised that must pay out of pocket for their care.

Only about 4 per cent of all public expenditures on health is devoted to home care, amounting to just \$2.1 billion per annum. Financial expenditure data are also sparse and when available, they omit paraprofessionals who provide most of the care in the home. At the same time, there are wide variations among the provinces and territories regarding the proportion of public spending on home care, hence there are disparities in the provision and scope of services across the country.

CACC believes that the federal government has a key role to play in promoting the development of an equitable, sustainable home and community care program across the country.

The next section about which I would like to talk is titled "Medicare's Unfinished Business, a National Home and Community Care Program." As I noted earlier, there are no national standards for home and community care. The sector is not covered under the principles of the Canada Health Act. This glaring item of unfinished business on the national policy agenda has created a U.S.-style two-tiered health care system in the sphere of home and community care.

Often essential services such as pharmaceuticals are covered by medicare while persons are in hospital, but not when they return home. This places their health at risk if they cannot afford these treatments.

Home support services, which are vital to maintaining independence, are frequently only partially covered, if at all, by

nombreux soignants familiaux dévoués, et ils ne pourraient pas fonctionner sans cela.

Par contre, il y a très peu de services de soutien et de stimulants efficaces pour aider ces soignants dévoués, et il est urgent de trouver des solutions novatrices pour assurer les soins. Il faut immédiatement modifier le système fiscal et les politiques d'emploi entre autres.

Dans l'ensemble, ce secteur se caractérise par des salaires et avantages inférieurs à ceux qui sont proposés dans les hôpitaux, notamment pour les auxiliaires qui, dans certaines provinces, touchent en gros le salaire minimum. Comme il n'y a pas de normes nationales, il y a une mosaïque de programmes à travers le pays. Il arrive souvent que des services importants ne soient pas couverts ou ne le soient que partiellement, ce qui entraîne de profondes inégalités d'une province ou d'un territoire à l'autre. En fait, d'après Santé Canada, environ 20 p. 100 des soignants familiaux déclarent que leurs proches doivent se passer de services parce qu'ils n'ont pas les moyens de leur payer ces services.

Les soins de proximité et à domicile ne sont pas assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé, ce qui fait que l'on se retrouve avec un système à deux vitesses au Canada. Les patients qui doivent recevoir des soins à domicile sont souvent étonnés d'apprendre qu'ils doivent payer ces soins de leur propre poche.

Seulement 4 p. 100 environ de l'ensemble des dépenses publiques dans le domaine de la santé sont consacrées aux soins à domicile, qui représentent à peine 2,1 milliards de dollars par an. Les données sur les dépenses financières sont aussi rares et quand elles existent, elles n'incluent pas les auxiliaires qui assurent l'essentiel des soins à domicile. Parallèlement à cela, le pourcentage des dépenses publiques consacrées aux soins à domicile varie énormément d'une province ou d'un territoire à l'autre, et il y a donc des disparités très importantes au niveau de la prestation et de l'étendue des services fournis dans le pays.

L'ACSSC estime que le gouvernement fédéral a un rôle clé à jouer pour mettre en place dans tout le Canada un programme de soins à domicile et de proximité équitable et durable.

Le point suivant dont je voudrais vous parler s'intitule: «Le travail inachevé du régime d'assurance-maladie, un programme national de soins de proximité et à domicile». Comme je vous l'ai déjà dit, il n'existe pas de normes nationales de soins à domicile et de proximité. Ce secteur n'est pas inclut dans les principes de la Loi canadienne sur la santé. Cette lacune flagrante dans notre programme stratégique national nous a amenés à avoir un système de soins de santé à deux vitesses à l'américaine pour ce qui est des soins de proximité et à domicile.

Il arrive souvent que des services essentiels, par exemple la fourniture de produits pharmaceutiques, soient couverts par le régime d'assurance-maladie tant que les personnes sont hospitalisées, mais plus à partir du moment où elles rentrent chez elles. C'est leur santé qui est menacée si ces personnes n'ont pas les moyens de se payer ces traitements.

Les services d'aide à domicile, qui sont essentiels pour permettre aux personnes de préserver leur indépendance, ne sont

public programs. Again, this undermines independence and drives up costs due to avoidable hospital admissions.

Canadians living in the so-called "have-not" provinces should not be further disadvantaged and put at risk if their province lacks the funds to provide home and community services that are comparable to more affluent jurisdictions.

There is an urgent need for a federal/provincial/territorial agreement on a "core basket" of essential home and community care services to which the principles of the Canada Health Act would apply. These insured services must include, at the minimum, paraprofessional home support, nursing, social work, physiotherapy, occupational therapy, palliative care, prescription pharmaceuticals, respite and case management. Moreover, there must be flexibility to ensure that the mix of such services is required to support independence is readily available without the barriers of excessive bureaucratic red tape or other policy restrictions.

I will move to the recommendation that we would like to make because we have been asked this morning to comment on the federal government's role. I will frame my comments in terms of a recommendation on this particular issue.

CACC recommends that the federal government work with the provinces and territories to reach agreement on a core basket of home and community care services. As well, they should develop national standards for the provision and administration of these services based on the principles contained in the Canada Health Act. Finally, they should undertake the necessary financial analysis to establish appropriate federal contribution levels to support these services. Funds should be made available as soon as possible and targeted for home and community care spending by the provinces and territories, which should be held accountable for their appropriate allocation.

The next point I would like to comment on, senators, is human resources — the challenge of recruitment, retention and training. As my colleague has mentioned, there is a growing national crisis in the supply, distribution, recruitment and retention of staff in home and community care programs. Years of health care reform, nursing layoffs, low wages, difficult working conditions, poor training and greater complexity of care have made the sector an increasingly unattractive work environment.

Most home care is provided by paraprofessionals, virtually all of whom are female. Many paraprofessionals are recent immigrants with low education who speak English as a second language. Many home care workers are subject to various forms of abuse in client's homes but many provide service after hours

souvent que partiellement couverts, et même parfois pas du tout, par les programmes publics. Là encore, on remet en question l'indépendance des personnes et l'on fait grimper les coûts parce qu'on est obligé d'avoir plus d'hospitalisation.

On ne devrait pas accepter que les Canadiennes et Canadiens qui vivent dans les provinces dites «démunies» soient désavantagés et placés dans des situations précaires parce que leur province n'a pas le financement nécessaire pour leur offre des soins communautaires et à domicile semblables à ceux que l'on trouve dans d'autres provinces plus riches.

Il faut d'urgence réaliser un accord fédéral-provincial-territorial sur un tronc commun de services de soins à domicile et communautaires essentiels auquel s'appliqueraient les principes de la Loi canadienne sur la santé. Les services assurés devraient inclure au moins les services suivants: l'aide à domicile apportée par des auxiliaires, les soins infirmiers, le travail social, la physiothérapie, l'ergothérapie, les soins palliatifs, les médicaments sur ordonnance, les services de relève et la gestion de cas. En outre, il faudrait que cet accord soit suffisamment souple pour qu'on puisse réaliser les combinaisons de ces services nécessaires pour assurer l'indépendance des patients sans se heurter aux obstacles d'une bureaucratie tatillonne ou à d'autres restrictions de politique.

Je vais maintenant passer à la recommandation que nous souhaitons présenter car on nous a demandé ce matin de parler du rôle du gouvernement fédéral. Mes commentaires se ramèneront donc à une recommandation sur ce point.

L'ACSSC recommande que le gouvernement fédéral collabore avec les provinces et territoires pour réaliser un accord sur un tronc commun de services de soins à domicile et de proximité. Il devrait aussi élaborer des normes nationales pour la prestation et l'administration de ces services qui s'inspireraient des principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. Enfin, il devrait réaliser l'analyse financière nécessaire pour déterminer les niveaux de contribution fédéraux nécessaires pour appuyer ces services. Il faudrait remettre les fonds le plus rapidement possible aux provinces et aux territoires qui seraient tenus de les consacrer aux soins à domicile et de proximité et devraient répondre de la bonne répartition de ces fonds.

Le point suivant dont je voudrais vous parler, honorables sénateurs, ce sont les ressources humaines et le défi du recrutement, du maintien et de la formation. Comme l'a dit mon collègue, nous assistons à une crise nationale de plus en plus grave pour ce qui est de la disponibilité, de la répartition, du recrutement et du maintien en poste des agents des programmes de soins à domicile et de proximité. Les réformes des soins de santé, les licenciements d'infirmières et infirmiers, les bas salaires, les conditions de travail difficiles, la mauvaise formation et la complexité croissante des soins depuis des années ont rendu le contexte de travail de ce secteur de moins en moins attrayant.

La plupart des soins à domicile sont assurés par des auxiliaires qui sont presque toujours des femmes. Bien souvent, ce sont des immigrantes récentes, peu éduquées, pour qui l'anglais est une deuxième langue. Beaucoup de ces soignantes à domicile sont victimes de diverses formes d'abus au domicile de leurs clients,

without pay to assure that the clients receive the support that they need.

The wide disparities in wages and benefits across the country draw workers to areas of higher pay creating even worse shortages in areas with low wages, such as some Atlantic provinces. The dearth of workers in Canada is forcing some agencies to recruit workers from overseas from developing countries, which can strain the supply of workers in those countries as well.

Without adequate numbers of trained staff, home care programs are unable to fulfil their mandates and the independence of clients is threatened, further adding to pressures on the acute care system.

I would like to make recommendations with regard to human resources. CACC recommends that the federal government work closely with the provinces and territories to develop a national home and community care human resources strategy that will help ensure an adequate supply and distribution of appropriately trained home and community care workers across Canada.

The strategy should include provisions to enable the provinces to support the training and skill development, particularly of paraprofessionals; and enable agencies to offer adequate wages and benefits that will allow them to recruit and retain staff and prevent their loss to the institutional care sector or to other sectors.

We have touched earlier on care for the caregivers, the informal family caregivers who provide this support at great personal cost — both emotionally, physically, and even financially. I mentioned earlier that there are at least three million of such individuals in Canada, ranging in age from teens to seniors.

I will not go into the details on the background. I think that the issue is well understood. We know the scope of the problem and we know that there are very few supports available in the country.

Our association recently did a study. We found that informal caregivers required four main types of support — information and advice, time for themselves, psychosocial support and advocacy on their behalf. None of these is a high cost intervention. Yet, the benefit would be real if we had these supports in place.

We recommend that the federal government work closely with the provinces and territories to develop a national respite strategy, which means giving people time off from their care giving so that they can recuperate and have a personal life and some recreation. This strategy should be aimed at supporting family caregivers. Respite services should be included in the core basket of insured services within a national home and community care program. The strategy should consider a wide variety of financial mechanisms to support caregivers, especially the tax system,

mais souvent elles fournissent gratuitement des services en dehors des heures normales pour permettre à leurs clients de recevoir toute l'aide dont ils ont besoin.

Les écarts considérables au niveau des salaires et des avantages d'une région à l'autre du pays attirent les travailleurs vers des régions où ils sont mieux payés, ce qui ne fait qu'aggraver les pénuries dans les régions où les salaires sont bas, par exemple certaines des provinces atlantiques. En raison de la pénurie de travailleurs au Canada, certaines agences sont obligées d'aller recruter à l'étranger dans des pays en développement, ce qui peut entraîner là aussi une pénurie de travailleurs.

Faute d'effectifs correctement formés en nombre suffisant, les programmes de soins à domicile ne peuvent pas réaliser pleinement leur mandat et l'indépendance de leurs clients est menacée, ce qui ne fait qu'intensifier les pressions qui s'exercent sur le système de soins actifs.

J'aimerais faire des recommandations concernant les ressources humaines. L'ACSSC recommande que le gouvernement fédéral collabore étroitement avec les provinces et territoires pour élaborer une stratégie nationale de ressources humaines pour les soins à domicile et de proximité qui permettra d'obtenir une offre et une répartition adéquate de soigneurs à domicile et de proximité correctement formés dans tout le Canada.

Cette stratégie devrait inclure des dispositions permettant aux provinces d'appuyer la formation et l'acquisition de compétences, notamment chez les auxiliaires, et permettant aux divers organismes d'offrir des traitements et avantages adéquats qui leur permettront de recruter du personnel et de le conserver, et d'éviter que ces agents ne se tournent vers le secteur des soins institutionnels ou d'autres secteurs.

Nous avons évoqué précédemment l'aide aux soignants, les soignants naturels qui aident des membres de leur famille en payant un prix personnel très élevé sur le plan affectif, physique et même financier. J'ai déjà dit qu'il y a au moins trois millions de soignants de ce genre au Canada, qui vont des adolescents aux vieillards.

Je n'entrerai pas dans le détail du contexte. Je pense qu'on connaît bien la question. Nous connaissons l'ampleur du problème et nous savons que les aides sont extrêmement limitées au Canada.

Notre organisation a récemment effectué une étude. Nous avons constaté que les soignants naturels avaient besoin de quatre types d'aides — des renseignements et des conseils, du temps pour eux-mêmes, un soutien psychosocial et des porte-parole. Aucune de ces interventions ne coûte très cher. Pourtant, si ces soutiens existaient, leurs avantages seraient réels.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral collabore étroitement avec les provinces et les territoires pour élaborer une stratégie nationale de relève, afin de donner aux soignants du temps de repos leur permettant de récupérer et d'avoir une vie personnelle et un peu de loisirs. Cette stratégie devrait viser à aider les soignants qui s'occupent de membres de leur famille. Les services de relève devraient être inclus dans le tronc commun de services assurés dans le contexte d'un programme national de soins à domicile et de proximité. Il faudrait envisager dans le

employment policies, the employment insurance system, and the pension system as well as direct payments.

Finally, I was asked to offer a few comments on the issue of palliative care. In that regard I have consulted with the Canadian Palliative Care Association and I would like to offer some thoughts around the issue of palliative care in home care in Canada.

According to the Canadian Palliative Care Association, about 225,000 persons die in Canada each year. In 1997, an Angus Reid poll found that about 80 per cent of Canadians prefer to die at home. However, this is often not possible because of the lack of home-based palliative care services. Such services vary across the country; rural and remote areas are particularly under serviced. Overall, only about 10 per cent of Canadians have access to palliative care services.

There is also a widespread lack of adequate pain management often because patients and families simply cannot afford the drugs to control the pain. This tragic situation results in unnecessary suffering for persons who are ill. Moreover, because seniors often suffer from multiple health problems, including dementia, pain may be difficult to locate. Pain may be difficult to locate and difficult to treat.

I have consulted some of the literature on this issue, and I would like to offer a couple of thoughts around the notions of what are central to optimal end-of-life care. One notable report that was recently released by Fisher et al. noted that three underlying themes are central to optimal end-of-life care: comfort, communication and support. Again, these are not high cost, high-tech interventions.

The elements of a good death are defined as being pain free, operating at the highest possible level of functioning, resolving long-standing conflicts, satisfying final wishes and relinquishing control over care to significant others.

CACC recommends that palliative care services and pharmaceuticals be included within the core basket of insured services within a national home and community care program to ensure that death with dignity is available nationally.

The Chairman: Thank you both for excellent, thought-provoking presentations. We will go on to the next presenter, please.

Ms Diane McLeod, Vice-President, Policy, Planning and Government Relations, Central Region, Victorian Order of Nurses for Canada: Honourable senators, I have with me Dr. Bill Gekowski, who is a member of our national board and the chair of our advocacy committee.

cadre de cette stratégie tout un éventail de mécanismes financiers pour aider les soignants, notamment des mesures fiscales, des politiques d'emploi, le régime d'assurance-emploi et le régime de pensions ainsi que des versements directs.

Enfin, on m'a invité à faire quelques commentaires sur la question des soins palliatifs. À cet égard, j'ai consulté l'Association canadienne des soins palliatifs et j'aimerais vous faire part de quelques réflexions sur ce sujet des soins palliatifs à domicile au Canada.

D'après l'Association canadienne des soins palliatifs, environ 225 000 personnes meurent chaque année au Canada. En 1997, un sondage Angus Reid a révélé qu'environ 80 p. 100 des Canadiens préféreraient mourir chez eux. Or, c'est souvent impossible faute de services de soins palliatifs à domicile. Ces services varient dans le pays; les zones rurales et éloignées sont particulièrement mal servies. Dans l'ensemble, seuls 10 p. 100 environ des Canadiens ont accès à des services de soins palliatifs.

Il y a aussi une pénurie généralisée de gestion adéquate de la douleur parce que bien souvent les patients et leur famille n'ont tout simplement pas les moyens de se payer les médicaments nécessaires pour calmer la douleur. Cette tragédie se traduit par des souffrances inutiles pour les personnes malades. En outre, comme les personnes âgées souffrent fréquemment de multiples problèmes de santé, dont la démence, la douleur est parfois difficile à localiser et par conséquent à traiter.

J'ai consulté la documentation sur la question et j'aimerais vous dire en quoi consistent des soins optimaux au terme de la vie. Dans un rapport remarquable publié récemment par Fisher et al., on souligne que trois thèmes sous-jacents sont essentiels pour assurer des soins optimaux aux termes de la vie: le confort, la communication et le soutien. Là encore, ce ne sont pas des interventions très coûteuses ou qui nécessitent une technologie poussée.

Les éléments d'une mort satisfaisante se définissent de la façon suivante: ne pas souffrir, avoir le meilleur niveau de fonctionnement possible, trouver une solution aux conflits anciens, satisfaire les derniers souhaits et laisser le contrôle des soins à d'autres personnes importantes.

L'ACSSC recommande que les services de soins palliatifs et les produits pharmaceutiques soient inclus dans le tronc commun de services assurés dans le contexte d'un programme national de soins à domicile et de proximité pour permettre à tous les Canadiens et Canadiennes de mourir dans la dignité.

Le président: Merci à tous deux pour vos exposés excellents et stimulants. Si vous le voulez bien, nous allons passer au témoin suivant.

Mme Diane McLeod, vice-présidente, Planification des politiques et relations gouvernementales, région centrale, Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada: Honorables sénateurs, je suis accompagnée du Dr Bill Gekowski, qui est membre de notre conseil national et président de notre comité de parrainage.

VON, a national registered charity and not-for-profit organization has been caring for people in the community since 1897. VON nurses were there to care for those who contracted influenza during the pandemic of 1918-19 when more than 50,000 Canadians died and many more became gravely ill.

Programs such as maternity care, well baby clinics, school health care programs and home care programs were all started by VON. When VON began there were four branches, in Halifax, Montreal, Toronto and Ottawa. Today, VON has 67 branches serving the health care needs of Canadians in some 1,300 communities in nine provinces.

This morning I will be bringing to you the perspective of a provider agency for home care and community care.

Visiting nursing continues to be our central service, but we recognize that nursing alone is not enough to keep people at home. Good support services are an essential component of community services and for more than a century VON has been developing innovative programs to respond to the needs of people in the communities we serve.

The Chairman: May I ask that you hit the highlights rather than read a 15-page brief? I would like to have more time for questions.

Ms McLeod: That would be fine. I will go on to say that we offer many other services besides our professional nursing services, including "meals on wheels," food care clinics and respite care. Many of our programs are delivered to the most vulnerable in our society — those who cannot afford them. These programs are made possible through a very large workforce of volunteers. We have 15,000 of them across the country. We also work with 8,000 health care professionals.

As we begin this new century, the need for community-based services is rising as more and more people are being discharged early from hospital and receiving care at home in order to avoid hospitalization. You have heard the needs outlined by my colleagues, so I will not go into that in detail.

This morning I would like to touch upon six issues with you. My colleagues have touched upon some of them, but I would like to bring our perspective to them.

Certainly we want to bring to your attention the need for national standards. Home care, to say the least, has become a bit of a hodgepodge of services across the country. Each province has its own idea of what is required. These are ideas governed by provincial views of how these needs will be met.

Every province and almost every region has its own set of standards and approaches to responding to these needs and this makes the service provided to Canadians very inconsistent. VON believes that there must be national standards and that these

L'Ordre de Victoria du Canada (VON), organisme de bienfaisance national, est une organisation sans but lucratif qui fournit des soins à la collectivité depuis 1897. Les infirmières du VON étaient là pour s'occuper des personnes touchées par la pandémie de grippe de 1918-19, qui entraîna la mort de plus de 50 000 Canadiens et en rendit gravement malades bien plus encore.

Des programmes comme les soins de maternité, les cliniques de périnatalité, les programmes de soins de santé scolaires et les programmes de soins à domicile ont tous été lancés par le VON. À l'origine, il y avait quatre succursales de l'Ordre, à Halifax, Montréal, Toronto et Ottawa. Aujourd'hui, le VON a 67 succursales qui répondent aux besoins de soins des Canadiens dans quelque 1 300 localités à travers neuf provinces.

Ce matin, je vais vous présenter le point de vue d'un organisme de prestations de soins à domicile et de proximité.

Les services d'infirmières à domicile demeurent notre service principal, mais nous reconnaissons qu'il ne suffit pas d'avoir des infirmières pour garder les gens chez eux. De bons services de soutien sont un élément essentiel des services communautaires et depuis plus d'un siècle le VON élabore des programmes novateurs pour répondre aux besoins des personnes dans les communautés que nous desservons.

Le président: Pourrais-je vous demander de nous donner les grandes lignes plutôt que de lire un mémoire de 15 pages? J'aimerais garder plus de temps pour les questions.

Mme McLeod: Très bien. J'ajoute que nous offrons de nombreux autres services en plus des services d'infirmières et d'infirmiers professionnels, notamment des repas à domicile, des cliniques de soins alimentaires et des services de relève. Une grande partie de nos programmes s'adressent aux éléments les plus vulnérables de notre société, ceux qui n'ont pas les moyens de se payer ces services. Nous pouvons réaliser ces programmes grâce à un vaste effectif de bénévoles. Nous en avons 15 000 au Canada, et nous travaillons aussi avec 8 000 professionnels des soins de santé.

En ce début de siècle, le besoin de services communautaires ne fait que croître car de plus en plus les gens sortent rapidement des hôpitaux et reçoivent des soins à domicile au lieu d'être hospitalisés. Mes collègues ont déjà parlé des besoins dans ce domaine, et je ne vais donc pas entrer dans le détail.

Ce matin, j'aimerais aborder six questions avec vous. Mes collègues en ont évoqué quelques-unes, mais j'aimerais vous les présenter sous notre angle.

Nous voulons attirer votre attention sur la nécessité de mettre en place des normes nationales. Le moins qu'on puisse dire, c'est que les soins à domicile sont un véritable méli-mélo de services à travers le Canada. Chaque province a sa propre idée des besoins. Ces idées sont régies par une vision provinciale de la façon dont on répondra à ces besoins.

Dans chaque province et presque dans chaque région, il y a un ensemble particulier de normes et de démarches pour répondre à ces besoins, de sorte que les services offerts aux Canadiens sont très inégaux. Nous considérons qu'il faut élaborer des normes

standards must be established in collaboration and cooperation with all levels of government, health care providers and ordinary citizens throughout the country. Without these standards, there is really no hope of having a unified health care program in the community sector.

There is definitely a need for improved information systems. As was mentioned earlier, there is little statistical information in the community sector to help in decision making critical to the effect of delivery of care.

At the present time, we basically have a paper-based system. This not only causes enormous inefficiencies and extra cost but also, perhaps more importantly leads, to an inadequate capacity to assess quality of services. Unlike the institutional sector, governments across Canada have not made a significant investment in development of an information system for home care.

VON believes that a national investment must be made in information systems. This should be given priority in the future if services provided in the community are to become part of an integrated system. At the moment, we function very much in silos with the community sector being a low priority.

We certainly need improved human resources practices. This is an extremely important issue for VON as a provider agency. The essence of quality within the community is the strength and skill level of the individual nurses, home care workers and therapists who interact and provide services to clients.

At the present time, there are significant problems with respect to human resources. There are shortages, as I know you are well aware, and significant wage disparity issues. Workplaces are ambiguous and difficult for these people.

With respect to nurses, everyone understands and is aware of the shortage. In the community sector, particularly in Ontario as a result of managed competition and wage disparity, there is an acute problem with respect to nursing. In Ontario, in some circumstances, community nurses are being paid as much as 25 per cent less than their counterparts who work in institutions. This is making it impossible for us to recruit and retain the quality of staff that we require to deliver the care that is necessary in the community.

In other parts of Canada, the situation is better. Where nurses are working in a regional health authority model, they have more regular work conditions and standardized pay. This is not a consistent problem across the country, but nonetheless it exists.

With respect to home support workers there is currently a significant set of problems across the country from coast to coast. As a result of low wages, inadequate training and insufficient

nationales et que ces normes doivent être conçues avec la collaboration et la coopération de tous les paliers de gouvernement, des fournisseurs de soins de santé et des simples citoyens du Canada. En l'absence de telles normes, il n'est pas question d'espérer avoir un programme de soins de santé unifié dans le secteur communautaire.

Il faut manifestement améliorer les systèmes d'information. Comme on l'a déjà dit, on manque dans le secteur communautaire d'information statistique qui permettrait de prendre des décisions essentielles pour la prestation des soins.

Pour l'instant, nous nous contentons essentiellement d'un système de paperasserie. Non seulement se traduit par un manque d'efficacité colossale et des coûts supplémentaires, mais aussi, ce qui est peut-être plus grave, cela nous empêche d'évaluer correctement la qualité des services. Contrairement au secteur institutionnel, les gouvernements du Canada n'ont pas investi substantiellement dans l'élaboration d'un système d'information pour les soins à domicile.

Le VON estime qu'il faut investir au niveau national dans les systèmes d'information. Il faut donner la priorité à ces investissements dans l'avenir si l'on veut que les services fournis à l'échelle communautaire fassent partie d'un système intégré. Actuellement, nous fonctionnons dans un monde complètement cloisonné où le secteur communautaire n'a qu'une priorité très secondaire.

Il faut manifestement améliorer les pratiques en matière de ressources humaines. C'est une question extrêmement importante pour le VON qui fournit des ressources humaines. Ce qui fait la qualité de la communauté, c'est la force et le niveau de compétence des infirmières et infirmiers, des soignants à domicile et des thérapeutes qui interagissent avec les clients et leur fournissent des services.

Nous avons actuellement de graves problèmes de ressources humaines. Il y a des pénuries, comme vous le savez très bien, et de graves problèmes de disparité des salaires. Le contexte de travail est incertain et délicat pour ces gens-là.

En ce qui concerne les infirmières et infirmiers, tout le monde est au courant de la pénurie. Dans le secteur communautaire, en particulier en Ontario par suite d'une concurrence organisée et d'une disparité des salaires, il y a un grave problème de pénurie. En Ontario, dans certains cas, les infirmières communautaires touchent jusqu'à 25 p. 100 de moins que leurs homologues qui travaillent dans des institutions. Dans ces conditions, nous ne pouvons absolument pas recruter et conserver le personnel de qualité dont nous avons besoin pour fournir les soins nécessaires dans la communauté.

Dans d'autres régions du Canada, la situation est meilleure. Lorsque les infirmières travaillent dans le cadre d'un modèle régional de régie de la santé, elles ont des conditions de travail plus régulières et un traitement normalisé. Le problème ne se pose pas de la même façon partout au Canada, mais il existe néanmoins.

En ce qui concerne les travailleurs qui fournissent une aide à domicile, il y a actuellement un important éventail de problèmes d'un bout à l'autre du pays. En raison des faibles salaires, de la

support systems, there are situations where unskilled and unsupervised workers are delivering complex care.

VON is collaborating with other health care organizations and Human Resources Development Canada to undertake a study and analysis of this issue. We believe firmly that initiatives must be undertaken to address the issue of wage disparity for nurses and home support workers, workplace conditions for all staff who work in the community, as well as training needs for the community.

There is a need for policies to support not-for-profit organizations. Over the past 25 years, it appears that many provincial governments have developed policies and processes to effectively undermine and reduce the presence of not-for-profit organizations, such as the VON in our communities. These policies seem to be driven by the need for efficiencies and for control of services, and the mistaken idea that governments have a greater capacity to directly deliver services than not-for-profit organizations.

Over the years, VON has been pushed out of communities in this country by regional health authorities or provincial governments that have made the decision to take services in-house. The additional benefits that VON brings to the community are lost in this process. Many governments seem to be unmindful of this. Through the network of 15,000 volunteers that I mentioned earlier, VON is able to provide charitable programs to respond to individual health and social needs of Canadian that are not currently being met through government-funded programs. Each time a government policy limits the capacity of a volunteer organization to grow, it also reduces the organization's capacity to respond to emerging needs in the community.

We believe that all levels of government throughout Canada must revisit their approach to responding to needs within their communities. They should also provide encouragement and support rather than disincentives for not-for-profit organizations.

We feel that there is a definite need for research in this area. I mentioned earlier, as did my colleagues, the lack of statistical evidence and quantitative and qualitative analysis of what is happening in the community. To develop best practices and acquire new knowledge regarding delivery of care, society must make a commitment to investing in research.

At the present time, the majority of research funding goes to established organizations such as hospitals and universities. We strongly recommend that the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology seriously consider including in this report recommendations regarding the need to target research for the community sector.

There is need for recognition and support of informal caregivers. I think that this statement has been made strongly by my colleagues. VON supports this. We see over and over again informal caregivers being pressured by the lack of services in the

mauvaise formation et de l'insuffisance des systèmes de soutien, on voit des travailleurs non qualifiés et sans surveillance assurer des soins complexes.

Le VON collabore avec d'autres organisations de soins de santé et le ministère du Développement des ressources humaines pour entreprendre une étude et une analyse de cette question. Nous sommes convaincus qu'il faut prendre des mesures pour rectifier le problème de la disparité salariale dont sont victimes les infirmières et infirmiers et les travailleurs à domicile, le problème des conditions de travail pour toutes les personnes qui travaillent dans la communauté et le problème des besoins de formation.

Il faut élaborer des politiques d'aide aux organisations sans but lucratif. Au cours des 25 dernières années, plusieurs gouvernements provinciaux ont adopté des politiques et des démarches qui semblent avoir pour effet de saper et de réduire la présence d'organisations sans but lucratif telles que le VON. Ces politiques semblent guidées par le souci de réaliser des économies et de contrôler les services, et l'idée erronée que les gouvernements sont mieux en mesure d'administrer des services que les organisations sans but lucratif.

Au fil des ans, le VON a été rejeté de nombreuses communautés de ce pays par les autorités régionales de la santé ou les gouvernements provinciaux qui ont décidé de prendre à leur propre compte les services. Les avantages supplémentaires que le VON apporte à la communauté disparaissent du même coup. De nombreux gouvernements ne semblent pas s'en soucier. Or, grâce au réseau de 15 000 bénévoles dont j'ai déjà parlé, le VON peut offrir des programmes caritatifs répondant à des besoins individuels sur le plan de la santé ou sur le plan social qui sont actuellement négligés dans les programmes financés par les gouvernements. Chaque fois qu'une politique gouvernementale vient limiter les capacités d'expansion d'une organisation de bénévoles, elle réduit aussi la capacité de cette organisation à répondre aux nouveaux besoins de la communauté.

Nous estimons qu'il faudrait que tous les paliers de gouvernement du Canada revoient la façon dont ils répondent aux besoins de leurs communautés. Ils devraient aussi encourager et appuyer les organisations sans but lucratif au lieu d'entraver leur action.

Nous pensons qu'il faut vraiment faire des recherches dans ce domaine. J'ai déjà mentionné, comme mes collègues, la pénurie de données statistiques et d'analyses quantitatives et qualitatives de la situation au Canada. Pour se doter des meilleures pratiques et acquérir de nouvelles connaissances sur la prestation des soins, il faut que la société s'engage à investir dans la recherche.

Actuellement, l'essentiel du financement de la recherche va à des organisations établies comme les hôpitaux et les universités. Nous recommandons vivement au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'envisager sérieusement d'inclure dans son rapport des recommandations sur la nécessité de cibler des recherches sur le secteur communautaire.

Il faut reconnaître et appuyer les soignants «naturels». Je pense que mes collègues l'ont déjà affirmé de façon très énergique. Le VON est d'accord avec cette idée. Nous ne cessons de constater que les soignants naturels sont accablés par l'absence de services

community and no supports for them. It is a critical situation that needs to be addressed for chronologically ill, disabled or dying clients.

In conclusion, there are recommendations put forth in this paper, most of which I have touched on. There is a need for national standards and a need for investment in information systems in the community to help us to communicate with the institutional sector and with each other for the purposes of improving client care. We need to have a leadership role taken, if at all possible, by the federal government in looking at the human resource issues of training and addressing the issue of wage disparity.

We would like very much to see that the creation of policies to support not-for-profit charitable organizations be examined. Without government understanding and recognition of the importance of supporting not-for-profit organizations, these organizations will continue to be under enormous stress and will be at risk of dying out.

The need for research in the community sector cannot be stated more emphatically. Again, we recommend that the federal government make a commitment to develop programs and policies that recognize and support the important and integral role of informal caregivers within the Canadian health care system.

The Chairman: I thank all of you for your interesting presentations.

Senator Morin: This is a very important issue. It is a shame that Minister Rock's plan fell through a year ago. As you know, the federal government was supportive of this. It is the provinces that shot down that plan. We would be in a completely different situation today if Minister Rock's plan had been put into effect.

It is interesting to note that molecular genetics leads to home care. Mr. Chairman, you remember the discussion that we had yesterday about the importance of having some scientific basis. We see that this morning.

Both your organizations have represent public not-for-profit and proprietary — which I suppose is a euphemism for profit — organizations. I would be interested in your views. Is there a place for each type of organization? If so, what is that place?

I note that in your document you mentioned considerations of social values and efficiency. I was wondering if you were thinking more of one type of care than the other.

My other question deals with the great the great variance in home care across the provinces. You touched on this topic, Dr. Alexander. It is not homogeneous at all. My own province, Quebec, is doing extremely poorly. We are spending far less than the national average. Maybe you could comment on this great variance briefly. Of course, you cannot give us a detailed picture, but a rough outline would be helpful.

dans la communauté et l'absence d'appui à leur action. C'est une situation critique à laquelle il faut trouver une solution pour le bien des clients victimes de maladies chroniques, handicapés ou mourants.

En conclusion, nous présentons dans ce document des recommandations que j'ai à peu près toutes mentionnées. Il faut élaborer des normes nationales et investir dans des systèmes d'information pour nous aider à communiquer avec le secteur institutionnel et entre nous afin d'améliorer les soins aux clients. Il faut que le gouvernement fédéral prenne dans toute la mesure du possible l'initiative d'examiner les problèmes de formation des ressources humaines et de rectifier le problème de la disparité salariale.

Nous souhaiterions profondément qu'on examine la création de politiques d'appui aux organisations caritatives sans but lucratif. Tant que les gouvernements ne comprendront pas et ne reconnaîtront pas l'importance de cette aide aux organisations sans but lucratif, ces organisations continueront à subir des pressions énormes et à être menacées d'extinction.

On ne saurait insister suffisamment sur le besoin de recherche dans le secteur communautaire. Encore une fois, nous recommandons que le gouvernement fédéral s'engage à élaborer des programmes et politiques reconnaissant et appuyant le rôle important et essentiel des soignants naturels dans le contexte du système de soins de santé du Canada.

Le président: Merci à tous pour vos intéressants exposés.

Le sénateur Morin: C'est un problème très important. Il est regrettable que le plan du ministre Rock ait échoué il y a un an. Comme vous le savez, le gouvernement fédéral l'approuvait. Ce sont les provinces qui ont torpillé ce plan. La situation serait complètement différente aujourd'hui si le plan du ministre avait été mis en oeuvre.

Il est intéressant de constater que la génétique moléculaire mène aux soins à domicile. Monsieur le président, vous vous souvenez que nous disions hier qu'il était important d'avoir un fondement scientifique. Nous le constatons ce matin.

Dans vos deux organisations, vous avez des organisations publiques sans but lucratif et des organisations privées, ce qui, j'imagine, est un euphémisme pour «à but lucratif». J'aimerais avoir votre point de vue. Y a-t-il une place pour ces deux types d'organisations? Si oui, laquelle?

Je constate que dans votre document vous mentionnez des considérations de valeurs sociales et d'efficacité. Je me demandais si vous pensiez plus particulièrement à un type de soins ou à un autre.

Mon autre question concerne l'écart considérable des soins à domicile d'une province à l'autre. Vous avez évoqué cette question, docteur Alexander. Il n'y a pas du tout d'homogénéité à cet égard. Dans ma province, le Québec, la situation est lamentable. Nous consacrons bien moins que la moyenne nationale à ces soins. Peut-être pourriez-vous nous dire quelques mots sur ces écarts considérables. Naturellement, vous ne pouvez pas nous présenter un bilan détaillé, mais un aperçu d'ensemble nous serait très utile.

Ms McLeod, I strongly support your position that research is needed in this field. CIHR was created a year ago exactly with supporting health services research in mind.

There is a program called the "Community Alliance Program." I strongly urge you to meet with Dr. Bernstein, the president of that organization. After you have met him, if you are not satisfied, give me a call.

These fields need research for good evidence-based decision-making. I strongly urge you to meet with Dr. Bernstein. You will have no problem getting an appointment. If you do, give me a call.

Ms Henningsen: To address the question of the not-for-profit and the for-profit or proprietary involvement in home and community care, the Canadian Home Care Association feels that there is a strong and productive role for both types. We believe that it should be from a service delivery point of view. It should be the best provider who can provide high quality care at the bedside. We do not believe that profit status or not-for-profit status should play a role in the decision of choosing the service provider.

We also strongly believe in the private-public partnerships that would partner government organizations with possibly for-profit private organizations. We see a big benefit of this in the research and development area. One of the challenges of home and community care is that there are a significant number of private organizations — for example, equipment suppliers — that are continually putting money into research development. They have some really nifty products out that would improve the quality of life for the client. However, there is so much red tape for these private organizations to have their product approved by government and the administrative bodies that the products never reach the client.

We believe in putting together the government administrative role and the private, for-profit or not-for-profit, companies as a partnership to benefit the client at the bedside.

The Chairman: At the beginning of your response, you said it does not matter whether it is public or private, whichever provides the best care. "Best" is obviously a value-weighted term. Would you help me? Does "best" that mean most efficient? What are the criteria by which you say someone is better than another one?

Ms Henningsen: There are a number of different ways that you could evaluate the best care. Certainly many different home care programs across Canada have different evaluation tools. To determine the best care, one would look at the best-qualified, trained and supported home care workers, whether they are the nurses or the home support workers. One would examine the

Madame McLeod, je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous dites qu'il faut faire des recherches dans ce domaine. Le programme des ICRS lancé il y a un an a précisément pour but d'aider à la recherche sur les services de santé.

Il existe un programme intitulé «Programme d'alliance communautaire». Je vous recommande vivement d'aller rencontrer le Dr Bernstein, qui est président de cette organisation. Quand vous l'aurez rencontré, si vous n'êtes pas satisfait, téléphonez-moi.

Il faut faire des recherches dans ces domaines pour pouvoir prendre de bonnes décisions fondées sur du concret. Je vous recommande vivement de rencontrer le Dr Bernstein. Vous n'aurez pas de problème à avoir un rendez-vous. Si vous en avez, appelez-moi.

Mme Henningsen: Pour répondre à votre question sur les organismes sans but lucratif ou à but lucratif et la participation du privé dans les soins à domicile et de proximité, l'Association canadienne de soins et services à domicile estime que les deux types d'organisations ont un rôle important et productif à jouer. Pour nous, il doit s'agir d'un rôle axé sur la prestation de services. Ce devrait être le meilleur fournisseur de services qui fournit des soins de qualité au chevet du patient. À notre avis, la question de savoir s'il s'agit d'un organisme à but lucratif ou non ne devrait pas intervenir dans le choix du fournisseur de services.

Nous croyons aussi fortement à des partenariats entre secteurs public et privé qui pourraient réunir des organisations gouvernementales et des organisations privées à but lucratif. Nous constatons que c'est quelque chose de très avantageux dans le domaine de la R-D. L'un des grands défis au niveau des soins à domicile et de proximité, c'est le fait qu'il existe de nombreuses organisations privées — par exemple des fournisseurs d'équipement — qui investissent constamment dans la recherche et qui ont des produits vraiment intéressants à proposer qui amélioreraient la qualité de vie de notre clientèle. Malheureusement, ces organisations privées se heurtent à tellement de difficultés administratives quand elles veulent faire approuver leur produit par le gouvernement et les organismes administratifs que les produits ne parviennent pas jusqu'au client.

Nous sommes en faveur de regrouper le rôle administratif du gouvernement et les activités des entreprises privées à but lucratif ou sans but lucratif pour faire bénéficier le client de ce partenariat.

Le président: Au début de votre réponse, vous avez dit que l'important n'était pas que ce soit un organisme public ou privé, mais que ce qui comptait c'était d'avoir les meilleurs soins. Quand vous employez l'adjectif «meilleur», vous introduisez une notion de valeur. Pourriez-vous m'expliquer? Est-ce que par «meilleur» vous voulez dire le plus efficace? Quels sont les critères qui vous permettent de dire que quelqu'un est meilleur que quelqu'un d'autre?

Mme Henningsen: Il y a différentes façons de déterminer quels sont les meilleurs soins. Bien sûr, on a divers outils d'évaluation pour divers programmes de soins à domicile au Canada. Les meilleurs soins, ce serait ceux qui sont fournis par les travailleurs à domicile les plus qualifiés, les mieux formés et les mieux aidés, que ce soit des infirmières ou infirmiers ou des

organization that will be providing services and determine how they hire, how they review and check qualifications, and how they train and support their caregivers.

There is also the need for administrative support. We would wonder if we were driving costs out of the administrative level and putting it into the home care workers at the client? We advocate that we abolish the administrative roles other than those that support the home care worker or the client. That is where we need to put the emphasis.

Dr. Alexander: Our association is committed to developing resources and training materials that support high quality practice in the sector. That is one of our main activities.

The issue of public versus private does not enter into that debate for us. Our concern is about overall quality of care and supporting the sector in being able to do its job.

We are aware that the sector has a tremendous need for high quality training materials, resource materials and various kinds of supports that will enable them to do their job better. That is a main activity with which we are involved.

The issue becomes a moot point if we look at the development of a national home and community care program. Public administration and public funding come into play. The public-private dimension takes on a different colour at that point. We are advocating for a national home and community care program in an attempt to resolve this issue.

As you well know, physicians in our country are virtually private practitioners paid by public funding. Hospitals are private institutions paid by public funding. The way we have as a country dealt with that in terms of physicians and hospital care is through the principles of the Canada Health Act, which really transcends that issue very well.

Ms Henningsen: It is important to look at the case management function in home care when you are looking at the profit / not-for-profit debate. Home and community care is unique in this case management function. The case manager does an assessment, and determines the level of care that the client needs and the services required. The case manager manages the ongoing care plan basically.

The CHCA believes that this case management function should be a government, publicly administered role. The case managers are the drivers or the controllers. The service providers, whether they are equipment or nurses, are following this controlled case management plan. That is unique to home and community care. That is not the situation in a hospital.

The Chairman: What is your rationale for that? I understand you to say that the case manager should be public sector and it

auxiliaires à domicile. On étudierait l'organisation qui fournit les services et on verrait comment elle recrute son personnel, comment elle vérifie les qualifications, comment elle forme et soutient les soignants.

Il y a aussi le besoin de soutien administratif. Nous chercherions à voir si l'on réduit les coûts sur le plan administratif pour consacrer les fonds aux travailleurs qui s'occupent des clients à domicile. Nous recommandons qu'on abolisse tous les rôles administratifs autres que ceux qui visent à aider les travailleurs à domicile ou les clients. C'est là qu'il faut insister.

Dr Alexander: Notre association cherche activement à élaborer des ressources et des supports de formation permettant de garantir une pratique de haute qualité dans ce secteur. C'est une de nos principales activités.

Pour nous, la question n'est pas de savoir si cela doit être le secteur privé ou le secteur public. Ce qui nous intéresse, c'est la qualité d'ensemble des soins et l'aide qu'on peut apporter à ce secteur pour qu'il puisse faire son travail.

Nous savons qu'il y a un énorme besoin d'outils de formation de haute qualité, de ressources et de divers types d'aide pour permettre à ce secteur de mieux faire son travail. C'est une des principales activités dont nous nous occupons.

La question devient purement théorique si l'on envisage de mettre sur pied un programme national de soins à domicile et de proximité. À ce moment-là, ce sont l'administration publique et le financement public qui interviennent. Le débat sur le public et le privé prend une tournure tout à fait différente. Nous recommandons un programme national de soins à domicile et de proximité pour régler ce problème.

Comme vous le savez, les médecins du Canada sont pratiquement des praticiens privés payés avec des fonds publics. Les hôpitaux sont des établissements privés à financement public. Au Canada, nous avons réglé ce problème des médecins et des soins hospitaliers à l'aide des principes de la Loi canadienne sur la santé, qui transcendent très bien cette question.

Mme Henningsen: Il est important d'examiner la fonction de gestion des cas de soins à domicile quand on a ce débat sur les organismes à but lucratif ou non lucratif. Le cas des soins à domicile et communautaires est unique dans ce contexte de gestion des cas. Le gestionnaire des cas fait une évaluation et détermine le niveau de soins dont le client a besoin et les services requis. Ce gestionnaire de cas gère en quelque sorte le plan de soins continus.

L'Association canadienne de soins et services à domicile estime que c'est le gouvernement, l'administration publique qui devrait avoir cette fonction de gestion des cas. Les gestionnaires de cas sont les directeurs ou les contrôleurs. Les fournisseurs de services, que l'on parle de matériel ou d'infirmières, ne font que suivre ce plan de gestion des cas contrôlé. Cela n'existe que dans le contexte des soins à domicile et de proximité. Ce n'est pas le cas dans un hôpital.

Le président: Pour quelle raison dites-vous cela? Si je vous comprends bien, vous dites que c'est le secteur public qui devrait

does not matter whether the deliverer is public or private. What is the rationale for the case manager being in the public sector?

Ms Henningsen: We would like to be included in the national home care program. We must have a level of transparency and accountability that would be easier to manage and to be able to report if this function were managed through public administration.

Senator Morin: I would like to have Ms McLeod's opinion on where case management should rest, whether it should be public or private. I realize that a national home care program is the ideal situation. It was suggested a year ago, and was shot down. We could come back year after year. The provinces would apparently shoot it down again. They want uncommitted funds. It is as clear as that. They said it a year ago. They will say it again. This morning in *The Globe and Mail*, Ontario came out on that. We could recommend it, but we must be realistic.

If we do not have a national home care program, what is the next best thing? Is there a place for both private and not private?

Ms McLeod, your comments were somewhat different from what we just heard concerning the role of the government in case management decision-making.

Ms McLeod: It is an interesting question. I know the Ontario system the best. I will qualify my answer as being applicable in Ontario. The case manager role in the system is as Ms Henningsen described.

I think that their role is essential in the more complex cases. However, in cases where there is a professional in the home — a nurse, a physiotherapist, or an occupational therapist — the ongoing management of the plan of care could well be done by that professional in the home.

There is an issue of accountability of which we must not lose track. These are public dollars. We are being paid those dollars as a provider organization, and we need to be accountable to someone. At the moment, that is the case management position. There is nothing wrong with that need for accountability.

I am not really sure whether the case manager should be a public or private employee. They certainly are publicly funded at the moment, and they should likely stay that way.

They are accountable for the dollars spent within the system of the current home care programs. We, as providers, are accountable for reporting to them and ensuring that the dollars are spent appropriately to achieve the objectives of the plan of care. In that sense, it is a very cooperative arrangement. I am not sure if I have totally addressed your question.

gérer les cas et que peu importe que les services soient fournis par un organisme privé ou public. Pour quelle raison faudrait-il que le gestionnaire de cas appartienne au secteur public?

Mme Henningsen: Nous aimerions être inclus dans le programme national de soins à domicile. Nous pourrions être plus transparents et rendre de meilleurs comptes, comme nous devons le faire, si cette fonction était gérée par l'administration publique.

Le sénateur Morin: J'aimerais savoir si Mme McLeod pense que cette gestion des cas devrait relever du secteur public ou du secteur privé. Je sais bien que l'idéal, ce serait un programme national de soins à domicile. On a fait cette proposition il y a un an, et elle a été rejetée. Nous pourrions recommencer tous les ans, mais apparemment les provinces rejetteraient à chaque fois la proposition. Elles veulent des fonds libres de tout engagement. C'est aussi simple que cela. Elles l'ont dit il y a un an et elles le répéteront. Ce matin, dans le *Globe and Mail*, l'Ontario le réaffirmait encore. Nous pourrions le recommander, mais il faut être réaliste.

Si nous n'avons pas de programme national de soins à domicile, quel est le meilleur compromis possible? Y a-t-il une place pour les organismes privés et publics?

Madame McLeod, vous n'avez pas dit tout à fait la même chose que ce que nous venons d'entendre à propos du rôle du gouvernement en matière de gestion des cas.

Mme McLeod: C'est une question intéressante. C'est le système de l'Ontario que je connais le mieux. Je nuancerai donc ma réponse en disant qu'elle s'applique à l'Ontario. Dans ce système, le gestionnaire de cas a le rôle que Mme Henningsen a décrit.

Je pense que ce rôle est essentiel dans les cas les plus complexes. Toutefois, lorsqu'il y a un professionnel chez le patient — une infirmière, un physiothérapeute ou un ergothérapeute — ce professionnel peut très bien s'occuper de la gestion courante du plan de soins.

Il y a la question de la reddition de comptes que nous ne devons pas perdre de vue. Il s'agit d'argent public. Nous recevons ces deniers publics en tant qu'organisation de prestations de services, et il est normal qu'on puisse nous demander des comptes. Actuellement, c'est à cela que sert le poste de gestionnaire des cas. Il n'y a rien de mal à cette obligation de rendre des comptes.

Quant à savoir si le gestionnaire des cas devrait être un employé public ou privé, je ne suis pas trop sûre. Ce sont des gens qui sont financés par le secteur public pour l'instant, et il faudrait probablement maintenir cette situation.

Ces gestionnaires doivent justifier de la façon dont l'argent est dépensé dans le cadre des programmes actuels de soins à domicile. En tant que fournisseurs de soins, nous devons leur faire rapport et veiller à ce que l'argent soit dépensé conformément aux objectifs du plan de soins. À cet égard, c'est un mécanisme très coopératif. Je ne suis pas certaine d'avoir totalement répondu à votre question.

Senator Robertson: On the subject of case management, I would like for you to share your knowledge about some of the difficulties with case management. In a number of jurisdictions, a case manager is involved before a senior is transferred to an appropriate nursing home or special care home. The case manager frustrates the other professionals often. The other professionals are ready to move a patient. They will not take the physician's recommendations until this primary care person is consulted. I do not know whether it is because there are not enough case management workers, but there is a delay.

What is your opinion about the professional requirements of a case manager? How can we increase the efficiency of case managers working with the health workers who have been treating the patient up to that point of transfer? That seems to be a stumbling block.

Ms Henningsen: It is interesting that you mention that the case manager is causing a delay. Case managers, at least in theory, play a critical role in the smooth running of home and community care.

One of the challenges in the system is that Ontario is the only province that actually has standard case management criteria. No other province has that. A person could be a case manager without certain qualifications. There would be no training program.

If you lived in New Brunswick, you could be a case manager merely by choosing to be. In Ontario, you would need certain qualifications. You would have needed to undertake a specific training program in order to understand the case management role.

The case management role is critical to smooth and seamless transition of the client. In the instance that you mentioned where a person is looking at either long-term care or different community supports, the case manager fills a need and assists in finding the correct match of need and service available. However, there is much work to be done in the case management area.

Senator Robertson: I appreciate that because I do believe that the qualification and training of the case manager is extremely important for a smooth transfer.

Senator LeBreton: When the general public hears terms like "home care" and "community care," they would be able to relate to community care. I think that people see community care in the clinics and places where they can go.

However, do you think that the entire term and expectations around home care are widely misunderstood? As a matter of fact, people do not even give much thought to home care until they are confronted with the need for the services. Would all of you comment on that?

Le sénateur Robertson: À propos de la gestion des cas, j'aimerais que vous nous parliez un peu des problèmes que cela pose. Dans plusieurs zones de compétence, le gestionnaire de cas intervient dans le transfert d'une personne âgée vers un foyer ou une maison de soins spéciaux. Souvent, ce gestionnaire de cas irrite les autres professionnels, qui sont prêts à autoriser le transfert du patient. Ils ne peuvent pas agir sur les recommandations du médecin tant que cette consultation n'a pas eu lieu. Je ne sais pas si c'est parce qu'il n'y a pas suffisamment de gestionnaires de cas, mais en tout cas il y a des retards.

Que pensez-vous des compétences professionnelles que l'on peut exiger d'un gestionnaire de cas? Comment peut-on améliorer l'efficacité de leurs rapports avec les travailleurs de la santé qui ont traité le patient jusqu'à ce moment-là? J'ai l'impression qu'il y a un blocage à ce niveau.

Mme Henningsen: C'est intéressant que vous disiez que le gestionnaire de cas entraîne des retards. Les gestionnaires de cas, en théorie tout au moins, jouent un rôle essentiel dans le fonctionnement harmonieux des soins à domicile et communautaires.

L'un des défis du système vient de ce que l'Ontario est la seule province qui a effectivement des critères normalisés de gestion des cas. C'est la seule province à en avoir. Ailleurs, on peut être gestionnaire de cas sans avoir certaines qualifications, et il n'y a pas de programme de formation.

Si vous habitez au Nouveau-Brunswick, vous pouvez être gestionnaire de cas simplement parce que vous le voulez. En Ontario, on exige certaines qualifications. Il faut avoir suivi un programme de formation bien précis pour comprendre en quoi consiste le rôle du gestionnaire de cas.

Ce rôle est essentiel pour assurer au client une transition en douceur et sans le moindre accroc. Dans le cas que vous avez mentionné, celui d'une personne pour laquelle on envisage des soins à long terme ou des aides communautaires différentes, le gestionnaire de cas répond à un besoin en ce sens qu'il aide à trouver le service qui correspond bien aux besoins de la personne. Toutefois, il y a beaucoup de travail à faire dans le domaine de la gestion des cas.

Le sénateur Robertson: C'est une bonne chose car je crois vraiment qu'il est très important que les gestionnaires de cas soient qualifiés et bien formés pour assurer une transition en douceur.

Le sénateur LeBreton: Quand les gens dans le grand public entendent des expressions comme «soins à domicile» et «soins communautaires», ils comprennent la notion de soins communautaires. Je pense que ce qu'ils voient, ce sont des cliniques ou des endroits où ils peuvent aller.

En revanche, pensez-vous qu'il y ait un vaste malentendu sur toute la notion de soins à domicile et ce que cela implique? En fait, les gens ne pensent pas beaucoup aux soins à domicile tant qu'ils ne sont pas confrontés à ce besoin. Pourriez-vous tous nos donner votre point de vue là-dessus?

We have an aging population. The need for home care will become more acute. How do we assist the public to become more knowledgeable on the topic? I am sure that if you were to go out on the street and ask, people would recognize your organization, the VON, because VON has been around for a long time. How do we bring the issue of home care forward in people's minds? How would you deal with that?

Dr. Alexander: There are a number of issues that come up around that. One issue is the prevailing misunderstanding that home care is covered by medicare. People are surprised when they must start paying direct for these services. They are also surprised when they find out that there are too few staff and too few case managers to help coordinate care.

The individual must then act as the case manager in that situation. There are a number of unpleasant surprises that could happen with home care because of the kinds of the crises that we are addressing this morning.

On the other hand, numerous polls have shown that there is tremendous national support for home care and for a national home and community care program. In that sense, the general public is ahead of the political process. There is a heartfelt commitment within the general public to providing care in the home. I mentioned earlier my comments around palliative care that 80 per cent of persons would prefer to die at home.

As a result of the weaknesses within the current system that we have described this morning, many home care arrangements are not possible. That can create frustrations in the public mind.

Ms Henningsen: I would like to add to Dr. Alexander's comments. Senator, you are quite right. Canadians do not think about home care until they are in the middle of it. It happened to me, and I am the executive director of the CHCA. I had not considered that it would require such a high energy to bring my husband home.

There are a number of different areas in which we could support the Canadian public when they do find themselves in a crisis. They would be looking for quick simple answers. The case management role is critical. Case managers provide a lifeline for people in that crisis situation. A person seeking assistance would be quickly connected with a case manager, either through a community access centre or through the hospital.

Family physicians have shown a willingness and an interest in understanding home care. We need to spend some time and investment to help to teach physicians learn more and introduce the concept of home care to their patients. For seniors especially, what a physician says and does is very important to them. They will follow that physician's suggestions. If a physician could educate patients on the options of a home and community care program, it would help to ease some of the anxiety.

Notre population vieillit. Nous allons avoir de plus en plus besoin de soins à domicile. Comment peut-on aider le public à mieux s'informer sur cette question? Je suis sûre que si vous alliez poser la question dans la rue, les gens reconnaîtraient votre organisation, le VON, parce qu'elle existe depuis longtemps. Mais comment peut-on sensibiliser la population à la notion de soins à domicile? Comment feriez-vous?

Dr Alexander: C'est une question qui en suscite beaucoup d'autres. Il y a tout d'abord la croyance erronée la plus répandue, qui est que les soins à domicile soient couverts par l'assurance-maladie. Les gens sont tous étonnés d'apprendre qu'ils doivent payer directement ces services. Ils sont aussi étonnés lorsqu'ils constatent qu'il n'y a pas assez de personnel et pas assez de gestionnaires de cas pour coordonner les soins.

Dans ce cas-là, c'est l'individu lui-même qui doit jouer le rôle de gestionnaire de cas. Les soins à domicile peuvent réserver beaucoup de surprises désagréables à cause du genre de crise dont nous parlons ce matin.

En revanche, de nombreux sondages ont montré qu'il y avait un très vaste appui national aux soins à domicile et à un programme national de soins à domicile et de proximité. À cet égard, le grand public est en avance sur les politiciens. Le grand public croit profondément aux soins à domicile. J'ai déjà dit tout à l'heure en parlant des soins palliatifs que 80 p. 100 des Canadiens préféreraient mourir chez eux.

À cause des faiblesses du système actuel que nous avons décrites ce matin, il est impossible d'organiser des soins à domicile dans de très nombreux cas. Cela peut être frustrant pour nos concitoyens.

Mme Henningsen: J'ajouterais quelques mots aux remarques du Dr Alexander. Sénateur, vous avez tout à fait raison. Les Canadiens ne se préoccupent pas des soins à domicile tant qu'ils n'ont pas besoin de ces soins. Cela m'est arrivé, et je suis la directrice exécutive de l'Association canadienne de soins et services à domicile. Je ne me rendais pas compte qu'il faudrait dépenser autant d'énergie pour ramener mon mari à la maison.

Il y aurait diverses façons d'aider nos concitoyens lorsqu'ils sont confrontés à une crise. Dans ce cas-là, ils cherchent des réponses rapides et simples. Le rôle de gestion des cas est essentiel. Les gestionnaires de cas sont la bouée de sauvetage des gens dans ces situations de crise. Si une personne cherche de l'aide, on va rapidement la mettre en contact avec un gestionnaire de cas par le biais du centre d'accès communautaire ou de l'hôpital.

Les médecins de famille ont montré qu'ils étaient prêts et intéressés à comprendre les soins à domicile. Il faut prendre le temps et faire les investissements nécessaires pour aider les médecins à mieux comprendre cette notion de soins à domicile et à la présenter à leurs patients. Dans le cas des personnes âgées en particulier, ce que dit et ce que fait le médecin est très important. Ces personnes vont suivre les recommandations de leur médecin. Si le médecin peut expliquer à ses patients en quoi consiste le programme de soins à domicile ou communautaires, il peut contribuer à calmer leur angoisse.

Ms McLeod: If someone finds themselves within the context of the community care access centres, they would have the link into the care system. It is an expanded role from the previous home care programs in Ontario whereby a case manager can help an individual access the services that are required. A case manager would also manage an application to a long-term health care facility. The case manager role has certainly brought those services together. If there is care required in the home, it would be a co-ordinated effort. That is excellent.

However, that is not consistent across the country. It is also not consistent at the level of the individual. If a person is not eligible for services through the CCAC, then that person is left on their own. The word "hodgepodge" seems somewhat negative, but I did use that word in my submission. There are many community services that are excellent, but where does one begin? It is quite complex if a case manager is not there to help walk through it. It can be frustrating and frightening; the payer is unknown. It could be that the individual would be the payer. There is much variation in that regard across the country.

Senator LeBreton: That is an excellent lead-in to my next question. Dr. Alexander mentioned in his brief that home and community care are not insured under the Canada Health Act. Some people require long-term palliative care and cannot afford it. They are left in other institutions, if the family cannot afford to pay for the long-term care. What happens to these people?

Furthermore, what is the cost to the health care system? It must be that many thousands of people are left in hospitals because their families cannot afford to pay for long-term care at some private facility. What is the cost to the system? Where do these people go? What happens to them?

Dr. Alexander: I do not know if it has ever been costed out nationally. There have been numerous studies done on the problem of what is called pejoratively "the bed blocker" in acute-care hospitals. That situation arises after an acute episode of treatment has been completed and there are too few long-term care beds in the local community, or inadequate home support services in that community, to enable the person to be discharged. The person languishes in an acute care bed at a phenomenal cost to the system. This practice is totally inefficient and provides a totally inappropriate level of care. Bed blocking occurs because the other supports were never put into place.

I come back to my comments about the two-tiered U.S. style health system that exists in home and community care. Each province has its own policies with regard to how they manage patients' finances in long-term care. Very often, patients are required to spend all of their personal assets when they enter into a long-term care facility. The province may then give them a small comfort allowance on which to subsist after that point.

Mme McLeod: Si une personne se trouve dans le contexte des centres d'accès aux soins communautaires, elle a le lien avec le système de soins. C'est un rôle qui découle des précédents programmes de soins à domicile en Ontario: le gestionnaire de cas peut aider la personne à obtenir les services requis. Il s'occupe aussi de la demande d'admission dans un établissement de soins à long terme. Le rôle du gestionnaire de cas a certainement permis le rapprochement de ces services. S'il faut organiser des soins à domicile, il faut le faire de façon coordonnée. C'est excellent.

Toutefois, cette situation n'est pas uniforme dans tout le pays. Elle n'est pas non plus uniforme au niveau des particuliers. Si une personne n'a pas droit au service par le biais du CCAC, elle est livrée à elle-même. Le terme «méli-mélo» semble un peu négatif, mais c'est celui que j'ai utilisé dans mon exposé. Il y a beaucoup de services communautaires excellents, mais par où commencer? C'est très compliqué si l'on n'a pas un gestionnaire de cas pour vous aider à vous y retrouver. Cela peut être frustrant et angoissant; on ne sait pas qui va payer. C'est peut-être la personne qui va payer. Il y a beaucoup d'écarts à cet égard d'un endroit à l'autre du pays.

Le sénateur LeBreton: Ceci m'amène tout naturellement à la question suivante. Le Dr Alexander a mentionné dans son mémoire que les soins à domicile et les soins de proximité n'étaient pas assurés en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Certaines personnes ont besoin de soins palliatifs de longue durée et n'ont pas les moyens de les payer. On les laisse dans d'autres institutions, si la famille n'a pas les moyens de payer les soins à long terme. Qu'advient-il de ces personnes?

De plus, quel est le coût pour le système de santé? Il doit y avoir des milliers de personnes qui sont laissées à l'hôpital parce que leurs familles n'ont pas les moyens de payer des soins de longue durée dans des centres privés. Quel coût cela représente-t-il pour le système? Où vont ces personnes? Que leur arrive-t-il?

Dr. Alexander: Je ne sais pas si l'on n'a jamais calculé le coût à l'échelle nationale. De nombreuses études ont été réalisées sur le problème de ce que l'on appelle péjorativement «les bloqueurs de lit» dans les hôpitaux de soins actifs. On se trouve dans cette situation à la fin d'une période de traitement actif lorsqu'il n'y a pas suffisamment de lits de soins de longue durée localement ou que les services de soutien à domicile locaux sont insuffisants pour permettre à la personne de sortir de l'hôpital. La personne se languit dans un lit de soins actifs à un coût phénoménal pour le système. C'est une pratique tout à fait inefficace et le niveau de soins fournis n'est absolument pas adéquat. Les lits sont bloqués parce que les autres aides n'ont jamais été mises en place.

J'en reviens à mes commentaires sur le système de santé à deux vitesses de style américain qui existe dans les soins à domicile de proximité. Chaque province a ses propres politiques sur la façon de gérer les finances des patients recevant des soins de longue durée. Très souvent, les malades doivent dépenser tous leurs actifs personnels lorsqu'ils entrent dans un centre de soins de longue durée. La province peut alors leur allouer une petite indemnité pour leur permettre de subsister ensuite.

The other issue, which runs parallel to your comment, Senator LeBreton, is the impact on the home care sector when sicker and sicker patients are being discharged earlier and earlier into the community. Home care, which was designed to support people not only in an acute phase but over a long period of time, is being required to shift increasing resources into what is called "acute care substitution." In other words, it is like the hospital at home with all of the high-tech and high cost resources that go into that.

Fewer resources are available to provide the long-term care component of home care — the care that continues over time in the home. We have perverse incentives driving the system currently, which need to be resolved.

Senator LeBreton: You are absolutely right. It is a two-tier system.

Senator Graham: My congratulations to the three organizations here. As Canadians, we are proud of the service that you provide to Canadians. I have one quick question.

I am curious with respect to the VON. You say that you have services in nine provinces. Which province is not represented?

Ms McLeod: Prince Edward Island.

Senator Graham: That surprises me.

The Chairman: I am stunned.

Senator Graham: We have heard your representation of the need for analysis. Is there any kind of analysis that would indicate the savings in the home care bed as opposed to the acute care bed to which Senator LeBreton has referred?

Dr. Alexander: There has been a series of excellent studies that were funded by the Health Transition Fund and carried out by Hollander Analytical Services and the University of Victoria.

Those studies have shown conclusively that care in the home is by and large considerably less expensive than care in an acute care centre. The debate raged for many years around whether it was or was not more costly.

There was also an excellent study out of Saskatchewan not too long ago that indicated the extent of cost savings by providing care in the home versus care in the hospital. I would be happy to provide you with references.

Senator Morin: We have that in the material that was submitted to us this morning.

The Chairman: As I understand it, we made some modest effort to get one of those studies of which you speak. For some reason, we did not obtain it. If we could receive a copy from you, we would appreciate it.

Senator Morin: Those figures are here in a presentation.

The Chairman: Perhaps later, we could talk to you about how to get that information.

L'autre question, parallèle à ce que vous disiez, sénateur LeBreton, c'est l'impact qui se produit sur le secteur des soins à domicile lorsqu'on fait sortir de l'hôpital de plus en plus tôt des patients de plus en plus malades. Alors qu'au départ les soins à domicile étaient conçus pour aider les personnes non seulement dans les phases aiguës mais aussi sur de longues périodes, il faut consacrer maintenant de plus en plus de ressources à ce que l'on appelle «la substitution des soins actifs». Autrement dit, c'est comme l'hôpital à la maison avec toutes les ressources très coûteuses et toute la technologie que ceci implique.

Il y a moins de ressources disponibles pour assurer la composante long terme des soins à domicile — les soins qui se poursuivent longtemps à la maison. Ce sont actuellement des incitatifs pervers qui s'exercent sur le système et il faut régler ce problème.

Le sénateur LeBreton: Vous avez tout à fait raison. C'est un système à deux vitesses.

Le sénateur Graham: Mes félicitations aux trois organisations qui se trouvent ici. Nous sommes fiers du service que vous offrez aux Canadiens. J'ai une brève question à vous poser.

Il s'agit des infirmières de l'Ordre de Victoria. Vous dites que vous avez des services dans neuf provinces. Laquelle n'est pas représentée?

Mme McLeod: L'Île-du-Prince-Édouard.

Le sénateur Graham: Ça m'étonne.

Le président: Je n'en reviens pas.

Le sénateur Graham: Nous vous avons entendu dire qu'il fallait effectuer une analyse. Une analyse pourrait-elle montrer les économies représentées par l'utilisation du lit de soins à domicile par opposition au lit de soins actifs dont parlait le sénateur LeBreton?

Dr Alexander: Il y a eu une série d'études excellentes financées par le Fonds pour l'adaptation des services de santé et effectuées par la Hollander Analytical Services et la University of Victoria.

Ces études ont démontré que les soins à domicile étaient généralement beaucoup moins onéreux que les soins dans un centre de soins actifs. Le débat a fait rage pendant de nombreuses années pour savoir ce qui était le plus cher.

Il y a aussi eu une excellente étude réalisée en Saskatchewan il y a peu de temps qui a montré des économies que l'on pouvait réaliser en dispensant les soins à la maison plutôt qu'à l'hôpital. Je serais heureux de vous donner les références.

Le sénateur Morin: Nous avons cela dans les documents qui nous ont été présentés ce matin.

Le président: Si je comprends bien, nous avons fait de modestes efforts pour obtenir l'une des études dont vous parlez. Je ne sais trop pourquoi, nous ne l'avons pas eue. Si vous pouviez nous en donner un exemplaire, nous en serions très contents.

Le sénateur Morin: Ces chiffres sont ici dans un des exposés.

Le président: Nous pourrions peut-être vous demander plus tard comment obtenir ces renseignements.

Ms Henningsen: The Hollander Group study funded by the Health Transition Fund is exciting. The study had approximately 16 or 17 sub-studies that looked at the cost-effectiveness of home care in different regions across Canada. It is quite comprehensive.

Senator Graham: Will we be provided the hard numbers, Mr. Chairman?

The Chairman: Yes, we will.

Senator Graham: What kind of training do home care workers receive?

Ms Henningsen: In which province do you live?

Senator Graham: Nova Scotia. You were talking about having national standards. Let's talk about it.

Ms Henningsen: Unfortunately, there is no set training program for home support workers. The training requirements depend on the policy of each province, which is why I jokingly asked your province.

Some provinces have set criteria. Ontario has a stringent training program. I believe that it is a three-year program for a home support worker. In Nova Scotia, a training curriculum is currently being designed. They do not seem to have instituted it yet. In Saskatchewan, there is no training program for home support workers. It is managed by the service agency.

Senator Graham: A person who is a resident in a long-term care facility pays according to his or her ability to pay. Is that correct?

Dr. Alexander: It varies, again, from province to province.

The Chairman: The answer is yes, you pay according to your ability. However, the rules for what is deemed to be your ability and, therefore how much you pay, are different in every province.

Senator Graham: Therefore, some people could go to a long-term facility free of charge if they could not afford the fee. The provincial government supports the cost. Other people, with assets, are drained of their assets in order to receive the same care.

If a person has some resources, they used for the services that are provided to all Canadians, wherever they happen to live. You are saying also that the type of services available varies from province to province.

Ms Henningsen: Yes, and from region to region. If you lived in the Ottawa-Carleton region, you could have access to different services than if you lived in the Mississauga region. It varies within provinces, too.

Senator Graham: Dr. Alexander, one of your eight recommendations states:

Mme Henningsen: L'étude du groupe Hollander financée par le Fonds pour l'adaptation des services de santé est très intéressante. L'étude regroupe environ 16 ou 17 sous-études qui ont porté sur le coût-efficacité des soins à domicile dans différentes régions du Canada. C'est très complet.

Le sénateur Graham: Allons-nous avoir les chiffres, monsieur le président?

Le président: Oui.

Le sénateur Graham: Quelle est la formation des personnes qui dispensent les soins à domicile?

Mme Henningsen: Dans quelle province habitez-vous?

Le sénateur Graham: En Nouvelle-Écosse. Vous disiez tout à l'heure qu'il faudrait des normes nationales. Parlons-en.

Mme Henningsen: Malheureusement, il n'y a pas de programme de formation déterminé pour les personnes dispensant des soins à domicile. Les exigences en matière de formation dépendent de la politique de chaque province et c'est pour cela que je vous ai demandé en plaisantant quelle était votre province.

Certaines provinces ont des critères définis. L'Ontario a un programme de formation assez strict. Je crois qu'il s'agit d'un programme de trois ans pour les intervenants des services de soutien à domicile. En Nouvelle-Écosse, on est en train d'élaborer un programme de formation actuellement. On ne semble pas encore l'avoir mis en oeuvre. En Saskatchewan, il n'y a pas de programme de formation pour les personnes fournissant le soutien à domicile. C'est géré par l'agence de services.

Le sénateur Graham: Une personne qui séjourne dans un centre de soins de longue durée paye en fonction de ses moyens. Est-ce exact?

Dr Alexander: Là encore, ça varie d'une province à l'autre.

Le président: La réponse est oui, on paye selon ses moyens. Cependant, les règles utilisées pour définir les ressources dont on dispose, et donc la somme à payer, sont différentes dans chaque province.

Le sénateur Graham: Par conséquent, certaines personnes pourraient aller gratuitement dans un centre de soins de longue durée, si elles n'ont pas les moyens de payer. Le gouvernement provincial paye les frais. D'autres personnes qui ont des ressources vont devoir tout dépenser pour recevoir les mêmes soins.

Si une personne a les ressources, elles sont utilisées pour les services qui sont dispensés à tous les Canadiens, où qu'ils habitent. Vous dites aussi que le type de services offerts varie d'une province à l'autre.

Mme Henningsen: Oui, et d'une région à l'autre. Par exemple, dans la région d'Ottawa-Carleton, il se peut que vous ayez accès à des services différents de ceux que vous auriez dans la région de Mississauga. Il y a aussi des différences à l'intérieur des provinces.

Le sénateur Graham: Docteur Alexander, l'une de vos huit recommandations stipule ceci:

...develop national standards for the provision and administration of these services based on the principles contained in the Canada Health Act, and undertake the necessary financial analysis to establish appropriate federal contribution levels to support the services.

You want the federal government to pay for the analysis, which I think is quite appropriate.

Senator Morin: And for the care.

Senator Graham: Once they pay for the analysis, they are automatically co-opted.

Senator Morin: This is Minister Rock's plan.

Senator Graham: Would you like to comment on that further or elaborate on your recommendation?

Dr. Alexander: I would like to begin my comments by returning to the point about national standards. There are many kinds of national standards. There are, for example, the standards that have been developed by the Canadian Council on Health Services on accreditation for home care and long-term care. Those standards do exist. Long-term care facilities and home care programs across the country are being accredited as we speak. More are coming on board all the time. Those standards relate primarily to program administration and organization of the program, et cetera.

There are standards with regard to training. Those standards are not in place across the country. There are no national training standards for home care workers. They will occur within individual provinces; each province is different. Some provinces financially support them; some do not. Sometimes home care certificate workers must pay for their own training out of their wages, which is an impossible burden to carry.

With regard to the national standards to which I referred in the recommendation, those would be standards around the provision of the core services. Those standards should weave together the principles from the Canada Health Act to support those services. Those are the standards with which we are familiar as a country. They are defensible.

The analysis comment was made because at this point no one knows what it would cost. Numbers were floated at Minister Rock's policy conference in 1998 in Halifax. One of the commentators suggested that \$1 billion might kick-start a national home care program. Maybe it would, maybe it would not. It is a number. Someone must do the hard thinking. The only way in which we could do that analysis is if we have some agreement on what would or would not be covered and to what level it would be covered.

One follows the other in my mind. We must reach that agreement first.

To return to a comment that Senator Morin made earlier on the notion of a national program and the political difficulty, I am sensitive to that problem. At the same time, the provisions of the Social Union Framework Agreement do not require unanimous

[...] élaborer des normes nationales pour la fourniture et l'administration de ces services selon les principes contenus dans la Loi canadienne sur la santé, et entreprendre l'analyse financière nécessaire pour établir les niveaux de contribution fédéraux appropriés pour permettre les services.

Vous voulez que le gouvernement fédéral paye l'analyse, ce qui me semble très approprié.

Le sénateur Morin: Et les soins.

Le sénateur Graham: Une fois qu'il paye l'analyse, il est automatiquement coopté.

Le sénateur Morin: C'est le plan du ministre Rock.

Le sénateur Graham: Voulez-vous approfondir un peu ceci ou donner des précisions sur votre recommandation?

Dr. Alexander: Je voudrais tout d'abord revenir à la question des normes nationales. Il y a, par exemple, les normes établies par le Conseil canadien d'agrément des services de santé sur l'agrément des soins à domicile et des soins de longue durée. Ces normes existent. Les centres de soins de longue durée et les programmes de soins à domicile dans tout le pays sont déjà accrédités en ce moment. On ajoute sans cesse de nouveaux éléments. Ces normes portent principalement sur l'administration et l'organisation des programmes, etc.

Il existe des normes concernant la formation. Celles-ci ne sont pas en place dans tout le pays. Il n'y a pas de normes nationales de formation pour les personnes dispensant des soins à domicile. Ceci se fait dans les provinces; chaque province est différente. Certaines fournissent un soutien financier; d'autres pas. Certains intervenants détenant un certificat de soins de santé doivent payer leur formation sur leur salaire, ce qui est un fardeau beaucoup trop lourd.

En ce qui a trait aux normes nationales que j'ai mentionnées dans la recommandation, ce serait des normes touchant la prestation de services de base. Ces normes devraient reprendre tous les principes de la Loi canadienne sur la santé afin de soutenir ces services. Ce sont les normes que nous connaissons au niveau du pays. Elles sont parfaitement défendables.

On a parlé d'analyse parce que pour l'instant, personne ne sait ce que cela coûterait. On a cité des chiffres à la conférence d'orientation du ministre Rock en 1998 à Halifax. L'un des commentateurs a dit qu'une somme d'un milliard de dollars pourrait permettre de lancer un programme national de soins à domicile. Peut-être que oui, peut-être que non. Ce n'est qu'un chiffre. Il faut que quelqu'un réfléchisse concrètement. Or il n'est possible de faire cette analyse que si l'on s'entend exactement sur ce qui va être couvert et à quel niveau.

Dans mon esprit, les deux se suivent. Nous devons d'abord arriver à cette entente.

Pour revenir à un commentaire fait tout à l'heure par le sénateur Morin sur la question d'un programme national et de la difficulté politique, je suis sensible à ce problème. En même temps les dispositions de l'accord-cadre d'union sociale n'exigent pas le

consent of all the provinces and territories in order for the federal government to mount a program.

There is some political manoeuvring room here. At their health accord last September, the first ministers agreed to put home care on the national agenda. I think that there are options here that can be pursued in terms of moving ahead.

Senator LeBreton: To do that study, they also would need to look at the savings realized by people receiving home care.

Senator Robertson: You have been the most refreshing group of witnesses that we have had. I applaud your presentation.

Senator LeBreton: Were you here for the nurses yesterday? They were very good, too.

Senator Robertson: Many of my questions were answered by your presentations. I do have other questions.

Thank goodness people are now talking about tearing down the silos. Government departments, unfortunately, have a habit of building barriers around their programs and clutching them to their breast as if their life depended on maintaining what they have been doing forever, which is somewhat tiresome. Sometimes silos must be torn down within departments. We might think about that in the future.

Speech therapy is directed towards children in schools or senior citizens who have had a stroke. These services are available in large centres. However, we have a diverse population.

It is important that staff members be shared to gain more value. For instance, speech therapists in a less populated area would not necessarily work with only children or only seniors; they would work with both. The therapists could be shared and we would save some tax dollars. We must look at this.

I would like to know if you have experienced different modes of financing the health system. Canadians consider the health system to encompass everything about which we have been talking. Unfortunately, we must work to get it financed. I thoroughly agree.

Have you seen experiences in the country where the funding of health services is done vertically by the department of health? In other words, dollar comes down from the department to the hospital, from the department to the nursing homes, from the department to public health, and from the department to mental health.

I know that there are some models where a block of funding is given to an umbrella group in a region or zone. The people on the board of the umbrella group could determine the greatest needs.

consentement unanime de toutes les provinces et des territoires pour permettre au gouvernement fédéral de monter un programme.

Il y a une certaine marge de manoeuvre politique ici. Lors de leur accord sur la santé en septembre dernier, les premiers ministres ont convenu d'inscrire les soins à domicile au programme national. Je pense qu'il y a là un certain nombre d'options envisageables pour aller de l'avant.

Le sénateur LeBreton: Pour faire cette étude, il faudrait aussi examiner les économies réalisées par les personnes qui reçoivent les soins à domicile.

Le sénateur Robertson: Vous avez été le groupe de témoins le plus rafraîchissant que nous ayons eu. Je vous félicite pour votre exposé.

Le sénateur LeBreton: Étiez-vous là lors de la comparution des infirmières et infirmiers hier? Cette séance a été excellente aussi.

Le sénateur Robertson: Vous avez répondu à beaucoup de mes questions dans vos exposés, mais j'en ai d'autres.

Dieu merci, il y a maintenant des gens qui parlent d'abattre les cloisons. Malheureusement, les ministères ont pour habitude de construire des murailles autour de leurs programmes et de s'y cramponner comme si leur vie dépendait de la préservation de ce qu'ils ont toujours fait, ce qui est assez pénible. Parfois, il faut abattre les cloisons au sein des ministères. Nous pourrions envisager cela pour l'avenir.

L'orthophonie s'adresse généralement aux enfants dans les écoles ou aux personnes âgées qui ont eu une attaque. Ces services sont disponibles dans les grands centres, mais notre population est très diverse.

Il est important de partager les services des membres du personnel pour qu'ils soient plus rentables. Par exemple, les orthophonistes en zones peu peuplées ne travailleraient pas nécessairement avec des enfants uniquement ou avec des personnes âgées uniquement, mais avec les deux. En partageant les services de ces orthophonistes entre les deux groupes, on économiserait l'argent des contribuables. C'est quelque chose à envisager.

J'aimerais savoir si vous avez l'expérience de modes différents de financement du système de santé. Les Canadiens considèrent que ce système englobe à peu près tout ce dont nous avons parlé. Malheureusement, nous devons travailler pour le financer, je suis entièrement d'accord là-dessus.

Avez-vous eu connaissance de cas où le financement des services de santé était assuré verticalement par le ministère de la Santé? Autrement dit, l'argent va du ministère à l'hôpital, du ministère au foyer de soins, du ministère à la santé publique et du ministère à la santé mentale.

Je sais qu'il existe des modèles dans lesquels on verse un montant global à un groupe de coordination dans une région ou une zone. Les membres du conseil de ce groupe de coordination déterminent les besoins les plus importants.

Is that a better system for funding, in your experience, than this vertical process? Have you examined the effect of those two processes, the vertical and the umbrella?

Dr. Alexander: I personally have not seen any evaluation studies. I believe that when the Quebec health care system went through its reform process a number of years ago, following the Castonguay-Nepveu commission, that was one of the shifts that they moved towards with their regional boards.

The model, at least on paper, looks good. It is a democratically based model that empowers communities to allocate resources and target them to health status at the same time and to raise the health status by funding. It is a model well worth study. An evaluation protocol for that should be developed. The other models are the more traditional models.

Again, the comment reflects back to the comments that were raised in your paper around the notion of the population health approach to health care funding. We know that the health services component is not the only one that improves population health. I sense that that is the direction in which you are going with this.

Senator Robertson: Senator Morin may be able to help us gain some information on that. I know that some other jurisdictions have tried that approach, and they may have models of this. I do not know how successful they have been.

I would now like to open the territory somewhat wider. If you do not have anything on this, perhaps you might advise us where we would look.

Dr. Alexander, you mentioned that you had a research department. Would your research department know of any country that integrates all the components of the health care system and ageing benefits?

I was watching some sophisticated witnesses one night. I believe that they were from Singapore. Their old-age benefits are integrated with their other health benefits. It seemed that there might be an element there that could help us. Have you knowledge of any such elements?

Dr. Alexander: I personally do not, but I would be happy to look into that for you.

Senator Robertson: There are other countries as well, but Singapore comes to mind first.

Ms Henningsen: I might have access for you. Recently, I did a presentation at a conference in Budapest, Hungary. While there, I met a colleague from Germany who described an interesting funding method whereby they included an insurance product for nursing care, for old-age benefits, for unemployment insurance and for worker's compensation. They all went under the umbrella of the insurance. I do not want to go into any details, because I am not conversant on it, but I can send you the papers.

Est-ce que ce mode de financement est meilleur à votre avis que le mode vertical? Avez-vous examiné les effets de ces deux modes, le mode vertical et le mode de financement d'un groupe de coordination?

Dr. Alexander: Personnellement, je n'ai pas vu d'études d'évaluation. Je crois que quand le système de soins de santé du Québec a été réformé il y a quelques années à la suite des travaux de la commission Castonguay-Nepveu, c'est l'une des orientations qui ont été suivies avec la création des commissions régionales.

Ce modèle a l'air bon, en tout cas sur le papier. C'est un modèle à fondement démocratique qui donne aux communautés la responsabilité de répartir les ressources et de les axer sur l'état de santé et en même temps d'améliorer l'état de santé grâce au financement. C'est un modèle qui mérite d'être étudié. Il faudrait élaborer pour cela un protocole d'évaluation. Les autres modèles sont beaucoup plus traditionnels.

Ceci renvoie au commentaire formulé dans votre document où vous parlez de structurer le financement des soins de santé en fonction de la santé de la population. Nous savons que la composante services de santé n'est pas la seule qui contribue à améliorer la santé de la population. Je crois que c'est dans cette direction que vous vous orientez.

Le sénateur Robertson: Le sénateur Morin pourra peut-être nous aider à obtenir des renseignements à ce sujet. Je sais qu'on a essayé cette démarche dans d'autres secteurs de compétences, et qu'il y a peut-être des modèles. Je ne sais pas si ces tentatives ont été des réussites.

J'aimerais maintenant élargir un peu le champ. Si vous n'avez rien sur ce sujet, peut-être pourriez-vous nous dire où faire des recherches.

Docteur Alexander, vous avez dit que vous aviez un département de recherche. Les chercheurs de ce département connaissent-ils un pays où l'on intègre toutes les composantes du système de soins de santé et les prestations pour personnes âgées?

J'ai regardé des témoins assez avancés un soir. Je crois qu'ils étaient de Singapour. Leurs prestations de vieillesse sont intégrées aux autres prestations de santé. J'ai eu l'impression que cela pourrait être une piste intéressante pour nous. Avez-vous connaissance de ce genre de choses?

Dr. Alexander: Personnellement non, mais je me ferais un plaisir de vérifier pour vous.

Le sénateur Robertson: Il y a d'autres pays aussi, mais c'est Singapour qui me vient à l'esprit.

Mme Henningsen: J'aurais peut-être une piste pour vous. Récemment, j'ai présenté un exposé lors d'une conférence à Budapest, en Hongrie. Là-bas, j'ai rencontré un collègue allemand qui m'a décrit un mode de financement intéressant où il y a une forme d'assurance pour les soins infirmiers, les prestations de vieillesse, l'assurance-chômage et l'indemnisation des accidents du travail. Tout cela est couvert par l'assurance. Je ne veux pas entrer dans le détail car je ne connais pas bien cette situation, mais je pourrais vous envoyer les documents.

Senator Robertson: I believe that Austria has something similar. There is much happening elsewhere. From what we have heard from witnesses thus far, there seems to be a general expression that our delivery system is out-dated. It is time to give it a good shake and redesign the delivery of our services.

I thank you for your excellent presentations.

Senator Cordy: This is a follow-up to Senator LeBreton's question on the public's misconceptions about home care. Dr. Alexander, you spoke about the financial aspect of home care.

There is another misconception about home care: many people believe that when someone is released from the hospital they will receive a home care worker, if not full-time, certainly for a high percentage of the time. They become distraught when they realize that the home care worker will come for one hour per day, or perhaps just three times per week. Suddenly, the family is in a dilemma, because often situations like this occur rapidly. In many cases, there has been no time to prepare for such a situation.

Dr. Alexander, one of your recommendations was that the federal government make allowances for respite care. However, Dr. Armstrong was here from the Women's Centres of Excellence in Health Care. She made the point that in most cases, the caregivers in the home are women. In some cases, the women have chosen to be the caregiver; in other cases, the responsibility is simply thrust upon them.

There is a need for more than just respite care; there is a need for family support. Sometimes people who need the care are going home to an abusive situation or perhaps they are just not able to deal with it. Did you consider any of these things when you looked at the issue of respite care, or that particular recommendation?

Dr. Alexander: We certainly did. Thank you for your question. I would draw a distinction between "respite care," which is a service that is usually provided, or traditionally has been provided, to the ill individual versus "respite," which is time off, or a break from caregiving. My comments are directed toward the latter.

The study that we undertook in 1998 and completed was a landmark study. We found, as we went across the country, that very few home care programs were targeting the needs of the caregiver in the home, or the person who was coming in to the home help the ill individual.

We really had no idea how to respond appropriately to them, in many cases. One of the contributions this study made to new knowledge was to suggest various ways in which "the system" could respond more appropriately to these individuals' needs. Again, they need not be high-cost kinds of strategies to give people a break, or some time off. I would be happy to share our report with you, which outlines that in great detail.

Le sénateur Robertson: Je crois qu'il y a un régime assez semblable en Autriche. Il se passe beaucoup de choses dans les autres pays. D'après ce que nous ont dit les témoins jusqu'à présent, il semble que dans l'ensemble notre système de prestations de soins soit dépassé. Il est temps de faire un sérieux ménage là-dedans et de revoir la prestation des services.

Je vous remercie pour vos excellents exposés.

Le sénateur Cordy: Ma question vient prolonger celle du sénateur LeBreton au sujet des malentendus dans le public sur la question des soins à domicile. Docteur Alexander, vous avez parlé de l'aspect financier de ces soins.

Il y a un autre malentendu à ce sujet: bien des gens pensent que quand quelqu'un sort de l'hôpital, il va pouvoir avoir des soins à domicile, sinon à plein temps, du moins une bonne partie du temps. Ils sont désemparés quand ils s'aperçoivent que le soignant à domicile ne vient qu'une heure par jour ou peut-être même seulement trois fois par semaine. Soudain, c'est un dilemme pour la famille, car souvent ces situations se présentent brutalement. Dans bien des cas, les gens n'ont pas le temps de se préparer.

Docteur Alexander, l'une de vos recommandations est que le gouvernement fédéral débloque des fonds pour les soins de relève. Toutefois, nous avons accueilli ici le Dr Armstrong, des Centres d'excellence des femmes en matière de soins de santé. Elle nous a dit que la plupart du temps, les soignants à domicile étaient des femmes. Dans certains cas, elles choisissent d'être la personne soignante; dans d'autres cas, c'est une responsabilité qui s'impose à elles.

Les soins de relève ne suffisent pas; il faut fournir une aide à la famille. Parfois, les gens qui ont besoin de cette aide sont des gens qui sont confrontés à des attitudes agressives ou qui ont du mal à surmonter la situation. Avez-vous envisagé ce genre de choses quand vous avez examiné la question des soins de relève, ou cette recommandation particulière?

Dr Alexander: Tout à fait. Merci pour cette question. Je ferais une distinction entre les «soins de relève», qui sont un service qu'on fournit généralement, ou qu'on fournissait traditionnellement à la personne malade et le «répit», qui est une forme de pause permettant au soignant de se reposer. Mes commentaires porteront sur ce deuxième type de relève.

L'étude que nous avons entreprise en 1998 et terminée a fait date. Nous avons constaté en parcourant le pays qu'il y avait très peu de programmes de soins à domicile axés sur les besoins du soignant à domicile ou de la personne qui allait sur place au domicile du patient pour s'occuper de lui.

Dans bien des cas, nous ne savions vraiment pas comment apporter une aide satisfaisante à ces personnes. L'un des apports de cette étude a été de suggérer diverses manières de répondre de façon plus appropriée aux besoins de ces personnes. Encore une fois, ce ne sont pas nécessairement des stratégies très coûteuses s'il s'agit simplement de permettre à ces personnes de faire une pause ou d'avoir un peu de temps libre. Je me ferais un plaisir de vous communiquer notre rapport qui décrit tout cela de façon très détaillée.

The Chairman: Dr. Alexander, in your paper you spoke about ideas for using the tax system as an incentive. Do you actually have any specific proposals in that respect? If you do, I would appreciate reviewing them.

Dr. Alexander: I wish we had some specific proposals. I regret to say that we have none. Obviously, we believe that it is an area that is worth mining at this point.

The Chairman: My second question arises from your responses to Senators Morin and Graham. Senator Morin made the point that a national program is a difficult, if not impossible, political sell. Senator Graham spoke about the means of funding. For example, the way that people pay if they are in a nursing home or long-term care home, in the sense that they pay somewhat according to their means.

Additionally, all three of you spoke about the principles of the Canada Health Act. I would like to know how firmly you are behind the principles of the Canada Health Act? The kind of program that works in nursing homes, in which you pay according to your needs does not meet the principles of the Canada Health Act. That does not mean it is not a bad program.

What is your reaction to a home care program where an individual would pay on the same basis as one would pay for long-term care, which is an amount based on the individual's resources? What is your reaction to Senator Graham's idea extended to home care, which places it outside the Canada Health Act?

If it is so difficult to sell a national home care program, would it be possible to define the parameters of a program targeted — at least initially — only at palliative care? The politics of selling a national palliative care program are much better than the notion of a full, wide open home care program, which is difficult to provide to people. Is it possible to know when the home care provided genuinely meets the test of palliative care? Those are two ideas, and I would like all three of you to give me your reactions to each.

Dr. Alexander: With regard to the issue of using a home care model similar to that used in long-term care, I do not see how that would move us forward very far. We are still creating a barrier to care. Study after study has shown that when people are aware that they have to pay for care, they tend not to access that care. The last thing we want is for people to be discouraged from seeking care at a vulnerable moment in their lives.

The second issue has to do with the level of care that they require. If they do the mental arithmetic and decide they can not necessarily afford it, then a self-selection process occurs.

We are creating barriers to care, rather than encouraging people to obtain the care when they need it. I, personally, do not see that

Le président: Docteur Alexander, dans votre document vous mentionnez des idées d'utilisation du système fiscal comme stimulant. Avez-vous des propositions concrètes à cet égard? Si oui, je serais heureux de les examiner.

Dr Alexander: J'aimerais bien que nous ayons des propositions concrètes. Je regrette de vous dire que nous n'en avons pas. Manifestement, nous estimons que c'est un domaine qui mérite d'être creusé.

Le président: Ma deuxième question découle de vos réponses aux sénateurs Morin et Graham. Le sénateur Morin a dit qu'il était difficile, voire impossible, de faire passer politiquement un programme national. Le sénateur Graham a parlé des moyens de financement. Par exemple, la façon dont les gens paient s'ils sont dans une maison de soins ou un établissement de soins de longue durée, en ce sens qu'ils paient plus ou moins en fonction de leurs moyens.

En outre, vous avez parlé tous les trois des principes de la Loi canadienne sur la santé. J'aimerais savoir si vous êtes vraiment convaincus des principes de cette loi. Le genre de programme qui fonctionne dans les maisons de soins, où l'on paye en fonction de ses moyens, ne correspond pas aux principes de la Loi canadienne sur la santé, ce qui ne signifie d'ailleurs pas que ce soit un mauvais programme.

Comment réagissez-vous à l'idée d'un programme de soins à domicile où la personne paierait de la même façon que dans un établissement de soins de longue durée, c'est-à-dire en fonction de ses ressources? Quelle est votre réaction à l'idée du sénateur Graham d'étendre ce principe aux soins à domicile, et de sortir ainsi des principes de la Loi canadienne sur la santé?

S'il est si difficile de faire accepter l'idée d'un programme national de soins à domicile, pourrait-on définir les paramètres d'un programme ciblant — initialement du moins — uniquement les soins palliatifs? Politiquement, il est beaucoup plus facile de faire accepter un programme national de soins palliatifs que de faire passer l'idée d'un programme complet de soins à domicile, qui sont difficiles à fournir à la population. Peut-on savoir quand les soins à domicile respectent vraiment les critères des soins palliatifs? Ce sont deux idées, et j'aimerais bien avoir votre réaction à tous les trois à cette suggestion.

Dr Alexander: Reprendre pour les soins à domicile le modèle des soins de longue durée, je ne pense pas que cela nous mènerait bien loin. On créerait encore un obstacle aux soins. Les études ont montré, les unes après les autres, que quand les gens s'aperçoivent qu'ils doivent payer les soins, ils ont tendance à ne pas y recourir. Nous ne voudrions surtout pas dissuader nos concitoyens d'essayer d'obtenir des soins au moment où ils sont le plus vulnérables dans leur existence.

La deuxième question concerne le niveau de soins dont ils ont besoin. S'ils font un calcul mental et décident qu'ils n'ont pas nécessairement les moyens de se payer ces soins, il y a alors une sorte d'autosélection.

Nous créons des obstacles aux soins au lieu d'encourager les gens à obtenir les soins dont ils ont besoin. Personnellement, je ne

entrenching a two-tier approach to long-term care in the home care system would solve many of the problems.

I do not know the political dynamics of palliative care. Any targeted funding seems to be difficult for the provinces to accept. The question would have to be on the levels of funding, the extent of funding and the federal, if you will, intrusion into the provincial jurisdiction around it.

The dynamics are the same. Whether the provinces will find it any more comfortable or not, I simply do not know. Certainly, palliative care has an emotional appeal and there is a strong need for it in Canada. That may be the entrée at the provincial level, but it is a judgment call at this time. I would personally prefer to see it as part of a comprehensive program.

The Chairman: We all would prefer that. If a comprehensive program is not possible, then what is the first step? I am asking whether palliative care is a reasonable first step.

Senator Morin: It is not the most expensive part of home care. The most expensive part is what you call acute care.

Senator Robertson: If you started with one, though, would you not just be enforcing the silo?

The Chairman: That is why I put it forth. I had not thought about it before today. Ms Henningsen, do you have any comments?

Ms Henningsen: In regards to the payments for home care services, the CHCA does not advocate such strong adherence to the Canada Health Act. We believe that a shared responsibility for home and community care is needed.

We believe that education of the public and planning for home care requirements will allow the Canadian public to be able to receive services in their home. Let me give you an example of that.

There are now programs available that have long-term care insurance. We certainly know that we are all ageing. We know that we prefer to be at home; we do not want to be in an institution. Therefore, we should start to plan for that now. We advocate for a shared responsibility.

There is a model in Manitoba where the home care programs are permitted to spend for home care services up to the amount that it would cost to have someone in a long-term care institution. Basically, they are saying that a certain amount of funding exists for each client whether they are in a long-term care institution or in home care.

By understanding better the costs of having someone in a long-term care institution versus someone in the home, we will be able to set a bottom line of what the public funding needs to encompass. I do not think that it is realistic to look at publicly

pense pas qu'on réglerait beaucoup de problèmes en transposant dans le système des soins à domicile la démarche à deux vitesses des soins de longue durée.

Je ne connais pas la dynamique politique des soins palliatifs. Je crois que les provinces ont du mal à accepter toute forme de financement ciblée. La question porterait sur les niveaux de financement, la portée du financement et l'intrusion fédérale, en quelque sorte, dans le champ de compétence.

La dynamique est la même. Quant à savoir si les provinces trouveront cela plus pratique, je l'ignore. Il est certain que les soins palliatifs touchent une corde sensible et qu'il y a à cet égard un besoin très fort au Canada. C'est peut-être le point d'entrée au niveau provincial, mais pour l'instant c'est encore discutable. Personnellement, je préférerais que cela s'inscrive dans le cadre d'un programme complet.

Le président: Nous le préférierions tous. S'il n'est pas possible d'avoir un programme complet, quelle devrait être la première étape? Les soins palliatifs pourraient-ils être une première étape raisonnable?

Le sénateur Morin: Ce n'est pas la partie la plus coûteuse des soins à domicile. Ce qui coûte le plus cher, c'est ce qu'on appelle les soins actifs.

Le sénateur Robertson: Mais si l'on commençait par un seul volet, est-ce qu'on n'appliquerait pas le principe du cloisonnement?

Le président: C'est pour cela que je pose la question. Je n'y avais pas réfléchi avant aujourd'hui. Madame Henningsen, vous avez des commentaires?

Mme Henningsen: Pour ce qui est du paiement des services de soins à domicile, l'Association canadienne de soins et services à domicile n'est pas trop à cheval sur le respect de la Loi canadienne sur la santé. Nous estimons qu'il faut partager la responsabilité des soins à domicile et de proximité.

À notre avis, si on éduque le public et si l'on planifie les besoins de soins à domicile, on permettra aux Canadiens de bénéficier de services à domicile. Je vais vous donner un exemple.

Il y a actuellement des programmes qui sont couverts par une assurance pour soins de longue durée. Nous savons très bien que nous vieillissons tous. Nous savons aussi que nous préférons rester chez nous et que nous ne voulons pas être placés dans un établissement. Il vaudrait mieux donc commencer à préparer cela tout de suite. Nous recommandons un partage de la responsabilité.

Il y a un modèle au Manitoba dans lequel on autorise les programmes de soins à domicile à dépenser pour ces soins à domicile un montant qui peut aller jusqu'à l'équivalent de ce que coûterait le placement du patient dans un établissement de soins de longue durée. En gros, on considère qu'il y a un montant donné pour chaque client, qu'il soit placé dans un établissement de soins de longue durée ou qu'il reçoive des soins à domicile.

Si nous sommes mieux à même de déterminer combien coûte une personne placée dans un établissement de soins de longue durée par opposition à une personne qui reste à la maison, nous pourrions déterminer les paramètres de base des besoins de

funding everything. Health care is too comprehensive. We do not want our taxes raised any more. That is from the funding source.

In regard to palliative care, as Dr. Alexander mentioned, it is an emotional issue. It is certainly one that involves a high intensity of care. From a system point of view, acute care substitution is the quickest and easiest way to see the value of home care, because you could compare it to a hospital bed. You do not want to limit yourself with just the acute care or the palliative care.

A national home care program will not happen. However, there should be a national base of standards. What should home care include? It should include end-of-life care, long-term care, and acute care. We could then talk about which services should be included.

We could give that to the provinces as a goal to work towards. We have given ourselves that as a target to work towards.

Currently, every province describes home care and community care differently. We are one of our own worst enemies because we describe it differently from province to province. If we could have one common definition and one goal to work towards, we would see progress.

Ms McLeod: In terms of the issue of what is affordable, I share Dr. Alexander's concern that if there is a cost to these services, many will not access them. The deterioration of health would continue. The patient would end up in a long-term care facility or in the hospital. There is a real risk there.

We are more concerned with equability of the services. That should be a standardized level of services across the country. Thus, a home support worker in Ontario would have the same qualifications as her counterpart in Newfoundland or Quebec.

The Chairman: The basket of services and the level of training would be comparable.

Ms McLeod: That would be a very important issue.

On your question of the palliative program, it would be quite difficult to judge when an individual reaches the level of requiring palliative care.

The Chairman: That is the reason for my question.

Ms McLeod: That is a tough question to answer. I am not sure that we have the definition at the moment, although it is an interesting prospect to have one.

The Chairman: We talked about palliative care, and I did not know how you decided when someone moved from being a sick patient to being a palliative care patient. I assume that is a judgment call by the physician.

Thank all of you for coming. They have been terrific presentations.

Senators, I have one announcement for you, and I need one quick motion.

financement public. Je pense qu'il n'est pas réaliste de vouloir tout financer à l'aide des fonds publics. Les soins de santé sont quelque chose de trop vaste. Il n'est pas question d'augmenter encore nos impôts. Je parle ici de la source de financement.

Pour ce qui est des soins palliatifs, comme le disait le Dr. Alexander, c'est une question très affective. Ce sont des soins de haute intensité. Du point de vue du système, la référence aux soins actifs est le moyen le plus simple et le plus rapide de déterminer la valeur des soins à domicile, car on peut faire la comparaison avec un lit d'hôpital. On ne veut pas se limiter uniquement aux soins actifs ou aux soins palliatifs.

Il n'y aura pas de programme national de soins à domicile, mais il faudrait que nous ayons une base nationale de normes. Que devraient inclure les soins à domicile? Ils devraient inclure les soins au terme de la vie, les soins de longue durée et les soins actifs. On pourra alors parler des services qui devraient être inclus.

Nous pourrions proposer cet objectif aux provinces. C'est la cible que nous nous sommes nous-mêmes donnée.

Actuellement, chaque province décrit de manière différente les soins à domicile et les soins communautaires. Nous sommes notre propre ennemi puisque nous avons une vision différente de cette notion d'une province à l'autre. Si nous pouvions avoir une définition commune et un objectif commun, nous avancerions.

Mme McLeod: Sur la question de la capacité de payer, je suis d'accord avec le Dr. Alexander: si ces services sont payants, beaucoup de personnes n'en profiteront pas. La santé continuera à se détériorer. Le patient finira par se retrouver dans un établissement de soins de longue durée ou à l'hôpital. C'est un risque réel.

Nous nous soucions plus de la régularité des services. Il devrait y avoir un niveau normalisé de services pour l'ensemble du pays. Ainsi, une intervenante à domicile en Ontario aurait les mêmes qualifications que son homologue à Terre-Neuve ou au Québec.

Le président: L'éventail de services et le niveau de formation seraient comparables.

Mme McLeod: Ce serait une question très importante.

Pour ce qui est de la question du programme de soins palliatifs, il serait très difficile de déterminer à quel moment un individu a besoin de soins palliatifs.

Le président: C'est pour cela que j'ai posé ma question.

Mme McLeod: Il n'est pas facile d'y répondre. Bien que ce soit une idée intéressante à envisager, je ne suis pas sûre que nous ayons la définition pour l'instant.

Le président: Nous avons parlé de soins palliatifs, et je ne savais pas comment on décidait de transférer un malade à un service de soins palliatifs. J'imagine que c'est le médecin qui est juge.

Merci à tous d'être venus. Tous ces exposés ont été extraordinaires.

Sénateurs, j'ai une déclaration à vous faire et j'aurais besoin d'une petite motion.

The quick motion regards the subcommittee that we structured a while ago. We must formally put five committee members on that subcommittee, although it is understood that we will then be substituting members of the committee off for other people when we do it.

I would like a motion that Senators LeBreton, Cook, Cordy, Robertson, and myself go on the subcommittee and that the subcommittee have the ability to manage its finances under section 32 and 34 of the Senate Act. Is that agreed?

Hon. Senators: Agreed.

The Chairman: May I remind you that next week the Senate will not be sitting, so we do not meet. On Monday, May 28, 2001 and the following two Mondays, we have videoconferences. They start at 9:00 p.m. because of the time change to Europe.

I ask that you be on time, please. The witnesses in Europe will be on time. They will be held in 257 East Block. We will tell your offices.

On the May 30, 2001 we will have a lengthy session because we have agreed to look at the entire Aboriginal health issue in one sitting. On May 31, 2001, we have several panels on rural health.

Thank you very much for coming.

The committee adjourned.

La petite motion concerne le sous-comité que nous avons constitué il y a quelque temps. Nous devons officiellement nommer cinq membres à ce sous-comité, même s'il est bien entendu que des membres du comité pourront se substituer à d'autres.

J'aimerais proposer une motion autorisant les sénateurs LeBreton, Cook, Cordy, Robertson et moi-même à faire partie de ce sous-comité qui pourra gérer ses finances conformément aux articles 32 et 34 de la Loi sur le Sénat. Êtes-vous d'accord?

Des voix: D'accord.

Le président: Permettez-moi de vous rappeler que la semaine prochaine, le Sénat ne siégera pas, et nous n'aurons donc pas de réunion. Le lundi 28 mai 2001 et les deux lundis suivants, nous aurons des vidéoconférences. Elles commenceront à 9 h du matin à cause du décalage horaire avec l'Europe.

Je vous invite donc instamment à être à l'heure. Nos témoins en Europe seront là à l'heure aussi. Ces vidéoconférences auront lieu dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est. Nous transmettrons l'information à vos bureaux.

Le 30 mai 2001, nous aurons une longue séance car nous avons décidé de faire le tour complet de la question de la santé des Autochtones en une seule séance. Le 31 mai 2001, nous aurons plusieurs groupes de témoins sur la santé en milieu rural.

Merci beaucoup d'être venus.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the Canadian Home Care Association (CHCA):

Nadine Henningsen, Executive Director.

From the Canadian Association for Community Care (CACC):

Dr. Taylor Alexander, President and Chief Executive Officer.

From the Victorian Order of Nurses for Canada (VON Canada):

Diane McLeod, Vice-President, Policy, Planning and
Government Relations, Central Region

De l'Association canadienne de soins et services à domicile:

Nadine Henningsen, directrice exécutive.

*De l'Association canadienne de soins et services
communautaires (ACSSC):*

Dr. Taylor Alexander, président-directeur général.

*Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada
(VON Canada):*

Diane McLeod, vice-présidente, Planification des politiques
et Relations gouvernementales, Région centrale.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chairman:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, May 28, 2001

Le lundi 28 mai 2001

Issue No. 15

Fascicule n° 15

Thirteenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Treizième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chairman*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chairman*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Graham, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin was substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*May 25, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin was substituted for that of the Honourable Senator Morin (*May 25, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Graham, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 25 mai 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 25 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, May 28, 2001

(16)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 9 a.m., the Chairman, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin and Robertson (6).

Other senators present: The Honourable Senator Keon.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

(BY VIDEO CONFERENCE)

Ministry of Health, Welfare and Sports of the Netherlands:

Dr. Hugo Hurts, Deputy Director, Health Insurance Division.

(BY VIDEO CONFERENCE)

International Institute of Social Studies of the Netherlands:

Dr. James Björkman.

The Chairman made a statement.

Dr. Björkman made a statement. Dr. Hurts made a statement. The witnesses answered questions.

At 10:18 p.m., the sitting was suspended.

At 10:20 p.m., the sitting resumed.

At 11:12 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 28 mai 2001

(16)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin et Robertson (6).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Keon.

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée, Josée Thérien, greffière législative.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:

(PAR VIDÉOCONFÉRENCE)

Du ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports des Pays-Bas:

Dr Hugo Hurts, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé.

(PAR VIDÉOCONFÉRENCE)

De l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas:

Dr James Björkman

Le président fait une déclaration.

Le Dr Björkman fait une déclaration. Le Dr Hurts fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 10 h 18, la séance est suspendue.

À 10 h 20, la séance reprend.

À 11 h 12, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, May 28, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, our first witnesses this morning are Dr. Hugo Hurts, Deputy Director of the Health Insurance Division of the Ministry of Health in the Netherlands, and Dr. James Björkman, a professor at the International Institute of Social Studies in the Netherlands.

Gentlemen, thank you for taking the time to be with us today. We have been briefed in some detail on the nature of the health care system in the Netherlands. It would be helpful to us if you each made a few opening remarks touching on the highlights of the issue, and then we will have a general discussion.

Dr. James Björkman, International Institute of Social Studies (Netherlands): I am pleased to participate in this video conference today. You may know by my accent that I am not Dutch. I grew up on the Canadian border, but on the wrong side, in Minnesota, about 50 miles from Winnipeg. Many things have been done since I was on the farm in Minnesota. I am a generalist, and not only in the Dutch health systems but in health systems across the world. Therefore, I will leave the details of the Dutch system to my esteemed colleague, Dr. Hugo Hurts. My contribution will be broad and comparative and will include some lessons I have learned from looking at other systems.

I have been studying health policy since 1972, when I was on a Yale health policy project. Since then, I have spent over 15 years in the U.K., Sweden, Switzerland and the Netherlands and about 10 years in Asia, mostly India but also Pakistan, Sri Lanka and Nepal.

The Institute of Social Studies deals with developing countries, but my work is comparative across the globe. I have published a half dozen books, including several on health policy, most recently *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization* in 1997 and *Health Policy* in 1998. Both are edited texts. For the past decade, I have been a professor of Public Policy and Administration at the Institute of Social Studies, as well as Professor of Public Administration and Development at Leiden University.

To begin, I want to make three broad observations about how the health sector is structured and ways to address its policies. I will then ask you a very simple question.

First, there are three levers by which you can put pressure on a health system. You can deal with the problems of the providers of health care, that is, institutional as well as individuals; you can

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 28 mai 2001

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Nos premiers témoins ce matin sont le Dr Hugo Hurts, directeur adjoint de la Division de l'assurance-santé du ministère de la Santé des Pays-Bas, et le Dr James Björkman, professeur à l'Institut international d'études sociales, aux Pays-Bas.

Messieurs, je vous remercie d'avoir pris le temps de nous rencontrer aujourd'hui. On nous a décrit de façon assez détaillée la nature du système de soins de santé aux Pays-Bas. Je vous invite donc à nous faire part de vos observations préliminaires à l'égard des points saillants de cette question, et nous tiendrons ensuite une discussion générale.

Le Dr James Björkman, Institut international d'études sociales (Pays-Bas): Je suis heureux de participer à cette vidéoconférence aujourd'hui. Vous avez peut-être constaté par mon accent que je ne suis pas néerlandais. J'ai grandi tout près de la frontière canadienne, mais du mauvais côté, au Minnesota, à environ 50 milles de Winnipeg. De nombreuses choses ont été faites depuis l'époque où j'étais à la ferme au Minnesota. Je suis généraliste, à l'égard non seulement du système de santé néerlandais, mais aussi des systèmes de santé partout dans le monde. Par conséquent, je laisserai à mon estimé collègue, le Dr Hugo Hurts, le soin de fournir des détails sur le système néerlandais. Ma contribution, qui se veut large et comparative, s'assortira de certaines conclusions que j'ai tirées après avoir examiné d'autres systèmes.

J'étudie la politique de la santé depuis ma participation au projet de l'université Yale sur le sujet, en 1972. Depuis, j'ai passé plus de quinze ans au Royaume-Uni, en Suède, en Suisse et aux Pays-Bas, et environ dix ans en Asie, surtout en Inde, mais aussi au Pakistan, au Sri Lanka et au Népal.

L'Institut des études sociales s'attache aux pays en développement, mais mon travail consiste à comparer des pays de partout dans le monde. J'ai publié six livres, y compris plusieurs livres sur la politique de la santé, les plus récents étant intitulés *Health Policy Reform, National Variations, and Globalization*, en 1997, et *Health Policy*, en 1998. Les deux textes ont été révisés. Depuis dix ans, je suis professeur d'administration et de politique publiques à l'Institut d'études sociales, et professeur de développement et d'administration publiques à l'Université de Leiden.

Pour commencer, j'aimerais formuler trois observations générales sur la structure du secteur des soins de santé et les façons d'examiner les politiques. Ensuite, je vous poserai une question très simple.

Premièrement, il existe trois leviers permettant d'exercer des pressions sur un système de santé: on peut s'attacher aux problèmes des fournisseurs des soins de santé, c'est-à-dire les

deal with the consumers of health care, the patient in various combinations; and you can deal with the payers for health care, whether through central taxes, insurance premiums or out of pocket. You can focus, therefore, on those who provide, those who receive, or those who pay. I am sure that that is not news to your committee, but it is worth keeping in mind when we look at options in the system.

Second, I will observe that there are three criteria sought by all health systems that I know of. These criteria are summed up in the quest for the highest quality care at the lowest reasonable cost for as many people as possible. In other words, policy-makers seek to improve access and to assure quality at the same time as ensuring cost-effectiveness.

Problematically, however, these three pull in different directions — that is, to get more of one usually entails getting less of others. The search is for the right combination appropriate for a particular country at a point in time.

Cost control has been the favourite policy reform during the past decade, given the financial stringencies that exist. The equation I draw to your attention is that the larger the share of any public budget, national or provincial, that is taken by the provisions of health, the higher the political salience of health as an issue. In fact, the higher the share of GNP that is consumed by health expenditures, the more important that field is to public life.

We need only remind ourselves that cost control is a politically two-edged sword. To cite an old economic truism, every expenditure is someone else's income. Therefore, if you talk about cost control you are also talking about income control, and the latter is very much a delicate point.

There is a third subject that I have been researching and writing on for several decades in both developing and developed countries, and that is the policy instruments that can be used. When governments try to influence or shape a health system, they choose from among three methods or combinations of these methods. These methods have many labels, but they fall into three categories. When faced with a problem in health delivery, governments can try to centralize, they can try to decentralize, or they can try to invoke the market mechanism.

What I am saying here is that when I have looked at the real life histories of health systems, I have found the following: the United Kingdom has always sought to tighten up its system, even when installing the so-called internal market; Sweden has always tried to decentralize responsibility to lower levels, sometimes to share the blame for the fact that people often do not get as much as they expect; the United States and its emulators have often advocated the market even when the market is not obviously operable due to the skewed division of resources.

établissements et les personnes qui dispensent les soins; on peut s'attacher aux consommateurs des soins de santé, c'est-à-dire le patient — selon diverses formules; et on peut s'attacher aux payeurs des soins de santé, que ce soit au moyen d'impôts centraux, de primes d'assurance ou de frais à l'utilisation. On peut donc cibler ceux qui dispensent les services, ceux qui les reçoivent ou ceux qui les paient. Je suis certain que je ne vous apprend rien, mais c'est un aspect dont il faut tenir compte lorsqu'on envisage les options.

Deuxièmement, j'avancerais que tous les systèmes de santé que je connais cherchent à satisfaire à trois critères. On pourrait résumer ces critères de la manière suivante: chercher à offrir des soins de qualité optimale au coût raisonnable le plus bas, au plus grand nombre de personnes possible. Autrement dit, les artisans des politiques cherchent à améliorer l'accès et à assurer la qualité, tout en veillant à la rentabilité.

Malheureusement, ces trois critères divergent. En d'autres mots, accroître le poids d'un critère suppose généralement qu'on réduit celui des deux autres. Il faut chercher à trouver la combinaison qui convient à un pays donné, à une époque donnée.

Au cours des dix dernières années, en raison de la raréfaction des capitaux, la réforme stratégique la plus courante était le contrôle des coûts. Ce que je souhaite porter à votre attention, c'est que plus la part d'un budget public, national ou provincial, affecté aux soins de santé est élevée, plus la santé devient un enjeu politique important. De fait, plus la part du PNB consacrée aux dépenses en santé est élevée, plus ce domaine est important à la vie publique.

Nous ne devons pas perdre de vue qu'en politique, le contrôle des coûts est une arme à deux tranchants. Pour citer un vieux truisme économique, je dirais que la dépense de l'un est le revenu de l'autre. Par conséquent, parler de contrôle des coûts revient aussi à parler de contrôle des revenus, et cette question est très délicate.

Le troisième aspect, sur lequel j'effectue des recherches et j'écris depuis plusieurs décennies dans des pays en développement et dans des pays industrialisés, est la gamme d'instruments d'intervention que l'on peut utiliser. Lorsque les gouvernements tentent d'influencer ou de façonner un système de santé, ils choisissent l'une des trois méthodes ou les combinent. Ces méthodes portent de nombreux noms, mais elles s'inscrivent dans trois catégories. Lorsqu'ils sont confrontés à un problème touchant la prestation de services de santé, les gouvernements peuvent tenter de centraliser, de décentraliser ou de s'en remettre au mécanisme du marché.

Ce que j'essaie de dire, c'est qu'en examinant l'histoire des systèmes de santé, j'ai tiré les conclusions suivantes: le Royaume-Uni a toujours cherché à resserrer son système, même lorsqu'il a installé le prétendu marché intérieur; la Suède a toujours tenté de céder la responsabilité aux échelons inférieurs, parfois pour partager le blâme tenant au fait que, bien souvent, les services ne sont pas à la hauteur des attentes; les États-Unis et leurs émules ont souvent prôné la loi du marché, même lorsque la répartition inégale des ressources rend manifestement cette méthode inutilisable.

The Netherlands is a small country with much intense interaction among participants, and all three of these policy levers have been proposed at various points in history. In fact, several years ago I worked on a book with a colleague in New York, one chapter of which looks at the historical experiences of the Netherlands with reform. I will be happy to make that available later.

More recently, as information about statistical distribution, morbidity and mortality has become available, and as the technical methods to disseminate and communicate such information has grown, there has been an increasing tendency to think of demonstration effects. They want to see what one country does and hope that another can do it, or what they think another country is doing, because we often talk not only about perceptions, but also about misperceptions.

The committee has undoubtedly already discussed how ideas about different systems have been used, misused and abused, but caution also must also be exercised when one speaks of learning about other systems. In fact, several of our colleagues often distinguish between learning about another system and learning from another system, and perhaps we can discuss that.

After those opening remarks, let me ask the committee, in all honesty and some humility, why or even whether the Canadian system needs any change. One can always tinker with systems, and maybe that is normal for human communities. However, by chance last week, the very day I received the invitation to participate in this video conference, I received an unsolicited report from the Canadian Institute of Health Information. I will quote from the concluding chapter of "Health Care in Canada 2001."

And yet, the more things change, the more they stay the same. Most Canadians continue to enjoy good health. Life expectancies are also improving, although large differences remain within and across communities. The vast majority of Canadians also continue to report being satisfied with the care they personally receive.

Therefore, I ask: What is the goal of the inquiry of this Senate committee other than knowing more about the world, which in itself is a good thing?

I will conclude by mentioning two other experts in comparative inquiry. Perhaps they have already testified before your committee; however, in the event that they have not, I will mention them. They are Professor Carolyn Hughes Tuohy, a professor at the University of Toronto, and Michael Decter, a former civil servant in Manitoba and a consultant on health policy. In 1999, Dr. Tuohy wrote a book entitled *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. In 2000, Michael Decter published *Four Strong Winds: Understanding the Growing Challenges to Health Care*.

Les Pays-Bas forment un petit pays où l'interaction entre les participants est intense, et les trois leviers stratégiques ont été proposés à diverses époques de son histoire. De fait, il y a plusieurs années, j'ai collaboré avec un collègue newyorkais sur un livre dont un chapitre porte sur les expériences historiques des Pays-Bas en matière de réforme. Je serai heureux de vous remettre ce document plus tard.

Plus récemment, grâce à la disponibilité d'information sur la distribution statistique, la morbidité et la mortalité, ainsi qu'à l'évolution des moyens techniques permettant de diffuser et de communiquer cette information, on a de plus en plus tendance à penser en termes d'effets de démonstration. On veut voir comment fonctionne un pays et on espère qu'un autre pays peut faire la même chose, ou faire ce que l'on croit que l'autre pays fait, car il est souvent question non seulement de perceptions, mais aussi de perceptions erronées.

Le comité a sûrement déjà parlé de l'utilisation et de l'utilisation abusive des idées de divers systèmes, mais il faut aussi faire preuve de prudence lorsqu'on parle d'en savoir plus sur d'autres systèmes. De fait, plusieurs de nos collègues établissent souvent une distinction entre apprendre le fonctionnement d'un autre système et apprendre d'un autre système, et nous pourrions peut-être en discuter.

À la lumière de ces observations préliminaires, permettez-moi de vous demander, en toute honnêteté et humilité, pourquoi le système canadien aurait besoin de changer. On peut toujours chercher à améliorer ces systèmes, c'est peut-être une caractéristique commune des humains. Par contre, la semaine dernière, le jour même où j'ai reçu l'invitation à participer à cette vidéoconférence, j'ai reçu un rapport non sollicité de l'Institut canadien d'information sur la santé. Voici une citation du dernier chapitre de *Les soins de santé au Canada 2001*:

Malgré tout, le changement suit résolument les mêmes axes. En effet, la plupart des Canadiens sont encore en bonne santé. L'espérance de vie augmente aussi, même si des différences importantes subsistent à l'intérieur des collectivités, et d'une collectivité à l'autre. En grande majorité, les Canadiens demeurent satisfaits des soins qu'ils reçoivent.

Je vous pose donc la question suivante: quel est le but de l'étude du comité du Sénat, si ce n'est la découverte plus approfondie du monde, qui constitue en soi une entreprise valable?

En conclusion, je cite deux spécialistes du domaine des études comparées. Peut-être ont-ils déjà témoigné devant le comité. Sinon, je profite de l'occasion pour mentionner leur nom. Il s'agit de Mme Carolyn Hughes Tuohy, professeure à l'Université de Toronto, et de M. Michael Decter, ex-fonctionnaire du Manitoba et expert-conseil dans le domaine de la politique de la santé. En 1999, la Dre Tuohy a rédigé un ouvrage intitulé *Accidental Logics: The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada*. En 2000, Michael Decter a publié *Four Strong Winds: Understanding the Growing Challenges to Health Care*.

They are members of an annual conference that looks at four countries and their health policies and reforms. We have been looking at Canada, the United States, Germany and the Netherlands since 1995. The group also includes my colleague Dr. Hurts. In fact, in mid-July of this year, we are reconvening in your lovely country, in Gananoque, Ontario, for another session. Perhaps some of you will be able to join us there.

Dr. Hugo Hurts, Deputy Director, Health Insurance Division, Ministry of Health (Netherlands): I have been employed by the Ministry of Health since 1985. From the start, I have been involved in policy debates about restructuring the health care system in Holland. I was assistant secretary to Mr. Dekker, who was a former Chairman of the Dutch Phillips company. In 1986, he was asked to advise the Dutch government on the new system of health insurance. His advice was issued in 1987. The Dutch government in office at that time decided to accept the advice and tried to come to one insurance system for the whole country. As you may be aware, that drive collapsed after some years. Since about 1993, the Dutch policy debate about reforming the health care system has been in a deadlock and just now, as we are coming up to a general election in May of next year, the debate is returning.

It is widely expected that from next year onward we will try to reform our health care system. We found that operating an insurance system consisting of two-and-a-half social insurance agencies and, at least to European standards, a considerable level of interest for private insurance did not work that well. We are the only country in the European Union that has private insurance for over 30 per cent of its population for acute health care. We had to start regulating that private health care sector about 15 years ago. The only reason it still works — and this is a personal opinion — is that we had heavy regulation for all bad health risks within the private market and as such the rest of the market was able to survive.

Because we operate an insurance system, it is important that the Dutch government is not directly involved in the operation of the health care system in many respects but is indirectly involved in a very detailed way. We have heavy regulation of the insurance system. That regulation goes into much detail with respect to budgeting and tariffing all suppliers of health care and building an investment in health facilities. By using non-governmental bodies to operate these regulations, rather than carrying them out ourselves as a government, we succeeded in steering health care affairs with such great detail that we were successful in cost containment.

Ils font tous deux partie d'une conférence annuelle dans le cadre de laquelle on étudie quatre pays de même que leurs politiques et réformes de la santé. Depuis 1995, nous nous sommes ainsi intéressés au cas du Canada, des États-Unis, de l'Allemagne et des Pays-Bas. Mon collègue, le Dr Hurts, fait aussi partie de ce groupe. En fait, à la mi-juillet de cette année, nous allons nous réunir à nouveau dans notre merveilleux pays, soit à Gananoque, en Ontario, pour une autre séance. Peut-être certains d'entre vous y seront-ils présents.

Le Dr Hugo Hurts, directeur adjoint de la Division de l'assurance-santé, ministère de la Santé (Pays-Bas): Je suis au service du ministère de la Santé depuis 1985. Dès le départ, j'ai été mêlé aux débats stratégiques entourant la restructuration du système de soins de santé de la Hollande. J'ai été secrétaire adjoint de M. Dekker, ex-président de la société Dutch Phillips. En 1986, on lui a demandé d'agir comme conseiller auprès du gouvernement néerlandais relativement au nouveau régime d'assurance-santé. Il a formulé ses conseils en 1987. Le gouvernement néerlandais au pouvoir à l'époque a décidé d'accueillir les conseils et a tenté de mettre au point un régime d'assurance pour l'ensemble du pays. Comme vous le savez, la tentative a avorté après quelques années. Depuis 1993 environ, le débat stratégique entourant la réforme du système de soins de santé aux Pays-Bas est dans une impasse. Ce n'est qu'aujourd'hui, à l'approche de l'élection générale du mois de mai de l'année prochaine, que le débat refait surface.

De façon générale, on s'attend à ce que les Pays-Bas, à partir de l'année prochaine, tentent de réformer leur système de soins de santé. Nous avons constaté que l'exploitation d'un régime d'assurance constitué de deux organismes et demi responsables de l'assurance sociale et d'une participation considérable de l'assurance privée, du moins à la lumière de normes européennes, ne donnait pas de très bons résultats. Nous sommes le seul pays de l'Union européenne dans lequel plus de 30 p. 100 des habitants ont une assurance privée pour les soins actifs. Il y a une quinzaine d'années, nous avons dû commencer à réglementer le secteur des soins de santé privé. Si le système fonctionne toujours — j'é mets ici une opinion personnelle —, c'est uniquement parce que la gestion de tous les mauvais risques sanitaires dans le secteur privé fait l'objet d'une lourde réglementation, ce qui a permis au reste du marché de survivre.

Parce que nous exploitons un régime d'assurance, il importe à maints égards que le gouvernement néerlandais ne soit pas directement mêlé à l'exploitation du système de soins de santé, même s'il doit y jouer un rôle indirect très détaillé. Le régime d'assurance est lourdement réglementé. Cette réglementation précise en détail la budgétisation et la tarification de tous les fournisseurs de soins de santé, sans oublier l'investissement dans les centres de santé. En faisant appel à des organismes non gouvernementaux pour administrer ces règlements plutôt qu'en laissant cette responsabilité au gouvernement lui-même, nous sommes parvenus à diriger les affaires liées aux soins de santé de façon si minutieuse que nous sommes parvenus à contenir les coûts.

On the other hand, the price for that has been great inflexibility. The level of regulation has grown so intense that we have now a true flexibility problem. We are no longer really capable of getting our population what it is entitled to under our social health insurance, and there is a widespread belief that something should be changed. The entitlements of people and their freedom of choice should be enlarged, and we should get rid of the difference that is still there between, on the one hand, uninsured people and, on the other hand, 5 million insured people.

The great question for the next few years is this: are we going to succeed in getting political agreement about that? You have to keep in mind that Holland is always governed by coalition governments. I cannot say that the political differences between the different major political parties are that great, but in health affairs several things may provide intense debate.

We will see what comes about after our next general elections. I expect that we will get back into the discussions of 12 years ago, discussions about building an insurance system for the whole population based on the principle of social health insurance and carried out in the manner of private health insurance.

For the moment, I expect that the expensive chronic health care part of the system — for example, facilities such as nursing homes — will be let out of the debate. We have a separate national insurance for that. After some years, I expect it to enter the debate again, and perhaps we will end up with one national insurance covering the whole health care sector.

I suppose you already have quite a bit of knowledge about these matters. Please feel free to ask any questions you like.

The Chairman: Let me try to respond in a very brief way to Professor Bjorkman's question about why are we doing this. I will give you a response using the description of the health care system as you see it.

As governments decided to cut back on expenditures, it was not clear whether that measure was designed to make the system more cost-effective; it was certainly designed to save the governments money. That appears to have had a significant impact on access — and I say “appears” because this committee has discovered a huge difference between perception and reality in the health care system.

Since this perception was created, public attitude surveys have shown repeatedly that consumers' impressions of the quality of the health care system are enormously better if they have actually been in the system, rather than merely viewing it from the outside.

Nevertheless, consumers became concerned about the issue of access, and consumers equates with voters when it comes to the health care system because the system covers everyone. That issue explains why this problem is a political one, which has, in turn, become a public policy problem.

Par ailleurs, une grande rigidité a été le prix à payer. La réglementation est devenue si poussée que nous faisons aujourd'hui face à un véritable problème de rigidité. Nous ne sommes plus vraiment en mesure d'assurer à la population les services auxquels elle a droit en vertu de notre régime d'assurance-santé publique, et il est généralement admis que les choses doivent changer. On doit accroître les droits et la liberté de choix des citoyens, et nous devons supprimer l'écart qui subsiste toujours entre, d'une part, les personnes non assurées, et d'autre part, les personnes assurées, qui sont au nombre de 5 millions.

La grande question qui se posera au cours des prochaines années est la suivante: allons-nous réussir à obtenir un consensus politique à ce sujet? N'oubliez pas que la Hollande est toujours gouvernée par des gouvernements de coalition. Certes, les différences politiques entre les principaux partis politiques ne sont pas prononcées, mais la question des soins de santé comporte quelques éléments susceptibles de susciter un vif débat.

Nous allons devoir attendre l'issue des prochaines élections générales. Je m'attends à ce que nous reprenions les discussions d'il ya douze ans, au sujet de l'édification d'un régime d'assurance pour l'ensemble de la population, fondé sur le principe de l'assurance-santé publique et administré à la façon de l'assurance-santé privée.

Pour le moment, je m'attends à ce que le volet coûteux des soins aux malades chroniques — par exemple, les maisons de soins infirmiers — soit exclu du débat. Il existe une assurance nationale distincte pour ce secteur. Après un certain nombre d'années, je m'attends toutefois à ce que la question soit soulevée de nouveau, auquel cas nous aboutirons peut-être à une assurance nationale portant sur l'ensemble du secteur des soins de santé.

Je suppose que vous possédez déjà un certain bagage de connaissances à ce sujet. N'hésitez pas à poser des questions.

Le président: J'aimerais d'abord tenter de répondre brièvement au Dr Björkman au sujet de la raison de notre étude. Je vais vous répondre à l'aide de la description du système de soins de santé tel que vous le concevez.

Lorsque les gouvernements ont décidé de comprimer les dépenses, on n'a pu établir clairement si la mesure visait à rendre le système plus efficient. Elle avait incontestablement pour but de permettre aux gouvernements de réaliser des économies. Elle semble en tout cas avoir eu un effet marqué sur l'accès — je dis «semble» parce que le comité avait constaté l'existence d'un écart colossal entre la perception et la réalité du système de santé.

Depuis que cette perception s'est imposée, les sondages sur les attitudes du public ont à maintes occasions montré que l'impression que les consommateurs ont de la qualité du système de soins de santé est nettement plus favorable s'ils ont eux-mêmes reçu des soins que s'ils ne voient le système que de l'extérieur.

Néanmoins, les consommateurs en sont venus à s'inquiéter de la question de l'accès, et parce que le système de soins de santé s'applique à tous, les consommateurs sont aussi des électeurs. C'est ce phénomène qui explique que le problème a pris une dimension politique avant de devenir un enjeu de politique gouvernementale.

In addition, our national system has focused almost exclusively on doctors and hospitals. In other words, it is essentially a delivery-driven system, not a system written in patient terms. As a result, access to the system is much less if one is using a different delivery system. For example, access to drug plans and long-term care is different, and access to home care is enormously different.

One of the underlying issues we are trying to confront is whether we broaden the definition of the public health care system to include delivery systems that extend beyond hospitals and doctors. To that extent, therefore, that would be an issue even if we did not have the consumer-voter issue I described. That is the background as to why we are here.

I understood someone being insured by a sickness fund, and I understood someone being insured privately. As I understand it, the sickness funds are funded by contributions from employees and employers and cover those individuals.

What about someone who is retired or someone who is not working? In other words, how is someone covered who is not, I presume, from the definition I saw, a member of the sickness fund because they are not working? What is the mechanism for covering those people?

Dr. Hurts: If you take a look at how the sick fund insurance started, it was originally meant only for workers. After they were pensioned, they stayed in the insurance. Usually, you stay within the system you were a part of at working age. If you had been privately insured at working age, you would remain being privately insured after you got a pension, and the sickness fund system was the same.

If we look at what happened in the past two decades with respect to Dutch insurance policies, the sickness fund could no longer be called only workers' insurance. Many groups had been added. People receiving social benefits, for example, sickness, disability, unemployment, are all under the workers' arrangement of the sickness fund insurance. As long as their total income out of work or social insurance is below a certain income threshold those people will be insured.

We also added a big group of pensioners. A few years ago, we introduced a separate income ceiling for pensioners, so if their total pension income is lower than the different income threshold they will also be insured.

The Chairman: Perhaps I can ask a question about paying for that. Do they pay a premium, or are they simply covered free by the fund?

Dr. Hurts: They all pay a premium.

The Chairman: Even if they are on social assistance?

En outre, notre système national a mis l'accent presque exclusivement sur les médecins et les hôpitaux. En d'autres termes, il s'agit essentiellement d'un système axé sur la prestation, et non sur les patients. Ainsi, l'accès au système est nettement réduit pour les personnes qui utilisent un système de prestations différent. Par exemple, l'accès aux régimes d'assurance-médicaments et aux soins de longue durée est différent, tandis que l'accès aux soins à domicile est extrêmement différent.

L'un des principaux enjeux sous-jacents auxquels nous tentons de nous attaquer consiste à déterminer s'il convient d'élargir la définition du système de soins de santé publique de manière à y inclure des systèmes de prestation qui vont au-delà des hôpitaux et des médecins. Dans ce contexte, nous aurions donc un problème sur les bras même en l'absence de l'équation entre le consommateur et l'électeur à laquelle j'ai déjà fait allusion. C'est sur cette toile de fond que nos travaux s'inscrivent.

Je comprends qu'on puisse être assuré par une caisse maladie et qu'on puisse l'être par un assureur privé. Si je comprends bien, les caisses maladie sont financées au moyen de contributions des employés et des employeurs et protègent les cotisants.

Qu'arrive-t-il aux personnes à la retraite ou aux chômeurs? En d'autres termes, de quelle protection bénéficie une personne qui, à la lumière de la définition que j'ai eue, n'est pas membre de la caisse maladie parce qu'elle ne travaille pas? Quel est le mécanisme qui s'applique aux personnes dans cette situation?

Le Dr Hurts: À l'examen des origines de l'assurance fondée sur les caisses maladie, vous constaterez que, au départ, elles étaient destinées uniquement aux travailleurs. Une fois à la retraite, ils demeuraient assurés. Habituellement, les intéressés demeuraient dans le régime auquel ils appartenaient quand ils étaient en âge de travailler. La personne qui bénéficiait d'une assurance privée quand elle était en âge de travailler continuait de bénéficier d'une assurance privée à la retraite, et il en allait de même pour le régime des caisses maladie.

Si on étudie la situation des politiques d'assurance néerlandaises au cours des deux dernières décennies, on constate que les caisses maladie ne sont plus réservées qu'aux seuls travailleurs. De nombreux groupes s'y sont ajoutés. Les personnes qui touchent des prestations sociales, par exemple des prestations de maladie, d'invalidité ou de chômage, sont toutes visées par les dispositions de l'assurance fondée sur les caisses maladie applicables aux travailleurs. Tant et aussi longtemps que le revenu social qu'elles tirent de leur travail ou de l'assurance sociale demeure inférieur à un certain seuil, ces personnes sont assurées.

Nous avons également ajouté un groupe important de pensionnés. Il y a quelques années, nous avons introduit un plafond de revenu distinct pour les pensionnés. Si leur revenu de pension total est inférieur à ce nouveau seuil de revenu, ils seront assurés.

Le président: J'aimerais savoir qui assume les coûts d'un tel mécanisme. Les assurés versent-ils une prime, ou sont-ils assurés gratuitement par la caisse?

Le Dr Hurts: Ils paient tous une prime.

Le président: Même les assistés sociaux?

Dr. Hurts: Right. The body giving the social assistance is regarded as the employer and as such pays the employer's part.

The Chairman: And the employer and the employee pay essentially the same amount?

Dr. Hurts: That is how it started. It was on a 50-50 basis originally. In later years, a flat-rate premium was introduced. It is paid out of the pockets of the people insured directly to the sick fund, so that has been taken off the 50 per cent employee's part. At the moment, it can no longer be called a 50-50 split, but it is still based on that.

Dr. Björkman: What I want to stress is not the technical side but that every Dutch citizen has someone who pays their premium. If the premium is not received via an individual's salary, the state or one of the designated agents will pay it. No one falls through the safety net. That leads to the question of deep values, not can you pay but it must be paid.

The second thing of interest, which Dr. Hurts might explain further, is that larger packages can be bought, if one can afford them. There is a basic level that must be paid. If I am well-paid, I can opt for a higher package with more facilities, but there is a safety net.

The Chairman: Professor Björkman, you said that someone pays it for you. As I understood it, however, you are paying part and someone else is paying part; is that correct?

Dr. Björkman: That is correct. If an individual cannot pay, the other part is always paid by the employer. If an individual cannot pay, then in fact the state will pay it through the insurance system. There is not a separate-tax-financed one, different than the insurance system — which is a point I wish to return to in a minute.

Dr. Hurts: It is important to understand that both the employer's and the employee's contribution is taken out of an individual's salary or social assistance income. The individual will not see it. It will show up on the individual's salary slip at the end of the month. It is not paid directly. The only portion that people pay themselves out of pocket is the primary premium part.

The Chairman: What was the rationale? I cannot conceive of a rationale for it moving from a 50-50 system to one in which part of the individual's 50 per cent is paid by a flat rate. What is the purpose of that? What is the current public policy regarding that?

Dr. Hurts: That had a lot to do with the former system. Following the Dekker commission proposals, we wanted to introduce one national insurance, where, let us say, 60 to 70 per cent of the premium would still be income-related and the other 30 to 40 per cent would be a flat rate, to give people an

Le Dr Hurts: Oui. L'organisme qui verse l'aide sociale est considéré comme l'employeur, et à ce titre, verse la part de l'employeur.

Le président: L'employeur et l'employé paient essentiellement le même montant?

Le Dr Hurts: C'est ainsi que les choses ont débuté. Au départ, les frais étaient répartis dans une proportion de 50-50. Plus tard, on a introduit une cotisation à taux fixe. Les assurés versent le montant directement à la caisse maladie, si bien que le montant a été soustrait de la part de l'employé, qui s'établit à 50 p. 100. À l'heure actuelle, on ne peut plus parler d'une répartition 50-50, mais le principe demeure.

Le Dr Björkman: Ce que je veux souligner, c'est moins l'aspect technique que le fait que des cotisations sont versées pour chacun des citoyens. Si les cotisations ne sont pas versées à même le salaire d'un particulier, l'État ou l'un des agents désignés s'en chargera. Personne ne passe à travers les mailles du filet de sécurité. Nous en venons ainsi à la question des valeurs profondes. Il s'agit non pas de la capacité de payer de chacun, mais de l'établissement du principe selon lequel des cotisations doivent dans tous les cas être versées.

La deuxième question d'intérêt, sur laquelle le Dr Hurts voudra peut-être revenir plus en détail, c'est que les personnes qui en ont les moyens peuvent s'offrir des forfaits plus généreux. Il y a un niveau de base sur lequel des cotisations doivent être versées. Si je gagne bien ma vie, je peux opter pour un forfait plus avantageux qui rend plus de services, mais il existe un filet de sécurité.

Le président: Le Dr Björkman, vous avez dit que quelqu'un payait pour vous. Si j'ai bien compris, cependant, vous payez une partie, et quelqu'un d'autre paie l'autre partie, n'est-ce pas?

Le Dr Björkman: Si une personne n'est pas en mesure de payer, l'autre partie est toujours versée par l'employeur. Si une personne n'est pas en mesure de payer, l'État assumera les coûts par l'entremise du régime d'assurance. Il n'y a pas de régime distinct financé par les impôts différent du régime d'assurance — j'aimerais revenir sur ce point dans un instant.

Le Dr Hurts: Il est important de comprendre que la cotisation de l'employeur et de l'employé vient du salaire d'un particulier ou de son revenu d'aide sociale. Le particulier ne voit pas l'argent. Il y a simplement une entrée sur le relevé de paie qu'il reçoit à la fin du mois. L'argent n'est pas versé directement. La seule portion que les personnes perçoivent directement n'a trait qu'aux cotisations principales.

Le président: Quel était le bien-fondé de cette mesure? Je n'arrive pas à concevoir qu'on puisse renoncer à un régime à participation 50-50 au profit d'un autre dans lequel une partie de la contribution de 50 p. 100 du particulier est versée au moyen d'un taux fixe. À quoi cela rime-t-il? Quelle est la politique gouvernementale actuelle à ce sujet?

Le Dr Hurts: Le phénomène s'explique en grande partie par l'ancien régime. Suivant les propositions de la Commission Dekker, nous voulions introduire un régime d'assurance national en vertu duquel, disons, de 60 à 70 p. 100 des cotisations seraient fondées sur les revenus, tandis que les 30 à 40 p. 100 qui restent

impression of what the cost of health care is. We did not have that in our system.

The Chairman: Nor do we. Perhaps I could ask you one other question and then turn to my colleagues. On the other end of the spectrum, your Exceptional Medical Expenses Act deals with what we have been euphemistically calling catastrophic insurance, in a sense the end of the spectrum where the costs are such that even if there were a completely privatized system the state would have to protect you at that end. How do you define what comes under what you call exceptional medical expenses or what we would call catastrophic? At what point do you decide that a particular individual has crossed the boundary into that separate, purely publicly funded set of people?

Dr. Hurts: That is a matter of definition. If you have looked at what has happened in our country, you have seen this definition moving over the years. When the exceptional medical accident insurance came into force in 1968, coverage was for catastrophic events such as being treated in a nursing home, having your child staying in some specialized institution for treatment of physical or mental handicaps, serious things like that. Over the years, other things have been added to the benefits package of this insurance, which again led to political debate about whether or not that was a good thing. Facilities have moved from the acute care insurance to the exceptional medical expense insurance and back again.

Dr. Björkman: That raises another good point. There is, of course, political pressure, usually on the administrators — the bureaucrats, if you will — hired by the professionals who say what is good. There is always the ability inside a system to add and subtract, usually add. As you just said, when costs escalate people suddenly pay attention.

Serious political negotiations can be found within the entire Dutch system. I admire the Dutch and those in some other Western European countries for taking a long time to work these issues through. The amount of time spent in discussion is really almost abnormal compared with the rest of the world. Such discussion is important for support for what the Dutch call “*dragvlak*.” It goes back to the issue of culture — and I know they do not always want to talk about culture, but there is a deep value here in solidarity. At the same time, there is a pride in individual capacity. Hence, there is an attempt to marry two contradictory pressures. As manifest periodically in these electoral and political issues, inside the system it is like a juggernaut rolling along. If your value is that no one should be left out, you will err on the side of commission, not omission. You will always include people until you have been told you cannot, as opposed to working it the other way.

seraient assujetties à un taux fixe, afin de donner aux citoyens une idée des coûts des soins de santé. Cet aspect était absent de notre régime.

Le président: C'est le cas ici aussi. Je vais poser une dernière question avant de céder la parole à mes collègues. À l'autre extrémité du spectre, votre Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles fait penser à ce qu'on appelle, par euphémisme, une assurance contre les risques catastrophiques, au sens où, à l'extrémité du spectre, les coûts sont tels que, à supposer qu'il existe un régime entièrement privé, l'État devrait malgré tout vous protéger. Comment définissez-vous ce que vous qualifiez de dépenses médicales exceptionnelles ou ce que nous qualifierions de risques catastrophiques? À partir de quel moment considérez-vous qu'un particulier a franchi la frontière qui le séparait d'un groupe de personnes distinct entièrement financé par l'État?

Le Dr Hurts: Il s'agit d'une question de définition. Si vous avez étudié la situation de notre pays, vous aurez compris que la définition évolue au fil des ans. En 1968, l'assurance contre les accidents médicaux exceptionnels est entrée en vigueur. Cette dernière portait sur des événements catastrophiques, par exemple le fait d'être traité dans un foyer de soins infirmiers, de faire institutionnaliser son enfant dans un établissement spécialisé pour le traitement d'une invalidité physique ou mentale et d'autres situations graves du genre. Au fil des ans, on a ajouté des éléments aux avantages offerts par cette assurance, ce qui, une fois de plus, a donné naissance à un débat politique sur la pertinence du régime. Des établissements ont délaissé l'assurance sur les soins actifs au profit de l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles pour ensuite y revenir.

Le Dr Björkman: Cette question soulève un autre point important. Bien entendu, des pressions politiques s'exercent, habituellement sur les administrateurs — les bureaucrates, si vous préférez — dont les services sont retenus par les professionnels qui affirment que le régime est valable. À l'intérieur d'un régime, on a toujours la possibilité d'ajouter des éléments ou d'en retrancher, même si, habituellement, on en ajoute. Comme vous l'avez déclaré, on s'y intéresse lorsque les coûts commencent à monter de façon vertigineuse.

De sérieuses négociations politiques sont en cours dans l'ensemble du régime néerlandais. J'admire les Néerlandais et les habitants de certains autres pays de l'Europe de l'Ouest qui prennent tout leur temps pour bien soupeser ces questions. Le temps monopolisé par ces discussions est presque anormal lorsqu'on le compare avec ce qu'on observe dans le reste du monde. Ces discussions sont importantes pour le soutien de ce que les Néerlandais appellent le «*dragvlak*». Cette question nous renvoie à la culture — et je sais qu'on n'aime pas toujours parler de culture, mais la solidarité représente ici une valeur profondément ancrée. En même temps, la capacité personnelle suscite de la fierté. On a donc tenté de concilier ces deux pressions contradictoires. Comme le montrent ces questions électorales et politiques qui se posent périodiquement, le régime est, à l'intérieur, comme une force aveugle qui écrase tout sur son passage. Si, en vertu de vos valeurs, vous êtes convaincus que personne ne doit être laissé derrière, vous préférerez pêcher par excès de zèle plutôt que par omission. Tant et aussi longtemps

Senator Morin: I would like to thank Dr. Hurts and Professor Björkman. By the way, Dr. Björkman, we have used Carolyn Tuohy's material, and it is excellent. We are also aware of the work of Michael Decter. I have several questions that come from the material we had before this meeting.

Dr. Hurts, we are interested in your system because of the importance of private insurance in your system. You are obviously doing something right. You have very few patients on waiting lists, fewer than in Canada, and your health indicators are also excellent. Obviously, you are doing things in a better way than we are in Canada.

If I understand correctly, two thirds of the population are covered by sickness funds and approximately one third is covered by private insurance. As far as the sickness funds are concerned, about 25 of them compete. I was wondering on what basis they compete, why a person would choose one over the other. If the premiums are the same, if the coverage is the same, on what basis can they compete?

Returning to the private insurance, if I understand correctly, the premium and the deductible can vary. Does the coverage vary? Will one plan give more coverage than another? This information was not contained in the material I received. I was under the impression that it was possible by law to be uninsured in Holland, that it was not an obligation.

I will stop there. I have other questions, but those are my questions concerning the private insurance system.

Dr. Hurts: I hope you were right in what you mentioned about the prevalence of waiting lists in Holland because, at the moment, it is a serious problem in this country. The problem has built up in the last few years in a rapid way. The real public debate at the moment is that the greater part of the Dutch population has certain entitlements to health care defined in our Exceptional Medical Expenses Act and in our Sickness Fund Act, even though they cannot always get the services they need and to which they are entitled within reasonable time limits. Thus, there is an ongoing debate as to whether the Dutch government has gone too far in setting budgetary limits on the system. Presently, this is a serious problem in this country, especially in the field of exceptional medical expenses insurance.

Your second question concerned competition between sick funds. Before I can elaborate on that, I have to tell you that before we started our last reform people could only be insured by the sick funds operating in the place where they lived. You had to be insured with the sick funds where you lived. In most parts of the country, there was only one fund. There was no freedom of choice whatsoever.

qu'on ne vous a pas donné d'indications contraires, vous vous efforcerez d'inclure des gens, et non d'en exclure.

Le sénateur Morin: Je tiens à remercier le Dr Hurts et le Dr Björkman. Soit dit en passant, docteur Björkman, nous avons utilisé les textes de Carolyn Tuohy, qui sont d'excellente qualité. Nous sommes aussi au courant des travaux de Michael Decter. Les documents qui nous ont été remis avant la séance de ce matin m'ont inspiré quelques questions.

Si votre système nous intéresse, docteur Hurts, c'est en raison de l'importance du rôle qu'y joue l'assurance privée. De toute évidence, votre formule fonctionne bien. Il y a très peu de patients sur des listes d'attente, moins qu'au Canada, et vos indicateurs de santé sont également excellents. De toute évidence, votre façon de faire est supérieure à celle du Canada.

Si je comprends bien, les deux tiers des habitants sont assurés par des caisses maladie, et environ le tiers par des assureurs privés. En ce qui concerne les caisses maladie, quelque 25 d'entre elles se livrent concurrence. Je me demande sur la foi de quels paramètres elles se font la lutte, pourquoi un particulier en choisit une plutôt qu'une autre. Si la protection et les cotisations sont les mêmes, à quoi tient la concurrence?

J'en viens maintenant à l'assurance privée. Si je comprends bien, la cotisation et la franchise peuvent varier. La protection varie-t-elle aussi? Une caisse assure-t-elle une protection plus complète qu'une autre? Ce genre de renseignements ne figurait pas dans les documents que j'ai reçus. J'avais l'impression que, en Hollande, la loi n'obligeait personne à être assuré, que ce n'était pas une obligation.

Je vais m'interrompre ici. J'ai d'autres questions, mais elles ont trait au régime d'assurance privé.

Le Dr Hurts: J'espère que vous avez raison au sujet de la prévalence des listes d'attente en Hollande parce que, pour le moment, il s'agit au pays d'un grave problème. Ce problème s'est accentué rapidement au cours des dernières années. À l'heure actuelle, le véritable débat public tient au fait que la majeure partie de la population néerlandaise a droit à des services de santé définis dans notre Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles et sur la Loi sur les caisses maladie, même si tous les citoyens n'ont pas toujours accès aux services dont ils ont besoin et auxquels ils ont droit dans des délais raisonnables. Ainsi, la question de savoir si le gouvernement néerlandais est allé trop loin dans l'imposition de limites budgétaires au système fait l'objet d'un débat constant. À l'heure actuelle, c'est un problème grave auquel le pays fait face, particulièrement en ce qui a trait à l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles.

Votre deuxième question avait trait à la concurrence entre les caisses maladie. Avant d'entrer dans les détails à ce sujet, je dois vous dire que, avant l'amorce de la dernière réforme, les Néerlandais ne pouvaient être assurés que par les caisses maladie présentes là où ils travaillaient. Vous deviez être assuré par la caisse maladie présente là où vous viviez. Dans la plupart des régions du pays, il n'y avait qu'une caisse. Il n'y avait absolument pas de liberté de choix.

When reform started, the general idea was that sick funds should enter into competition. Of course, there can be no competition on an income-dependent contribution. However, there can be competition on the fixed-rate part of the contribution. This was one of the reasons we introduced fixed-rate premiums. There may be differences between one sick fund and another when you look at the level of the fixed-rate premiums. Differences are building up.

Another thing you can do is create differences in the level of services you render. For the rest, it is emotion.

Dr. Björkman: It is important to look at history, as well as ethnic identity and regional differences. Is it not true, Dr. Hurts, that there has been a consolidation in a number of sickness funds over the last 20 or 30 years?

Dr. Hurts: No, that is not true. We came down from 50, went back to 20 and then built up to 30. New sick funds have been coming up after the first phases of the reform, and now we see the process merges again.

We have to deal with the question of how many sick funds we need at the lowest possible number to ensure competition in the different parts of country. If there are only two, there will not be much competition. If there are five, perhaps that will be enough. We are still finding out.

There can be differences in premiums; there can be differences in benefits packages. Let us say there are not that many differences in benefits packages. On the whole, the growth of the benefits package in the private health insurance market is very big. It is even bigger than the sick fund insurance. If you take the benefits package of the exceptional medical expenses insurance and the sickness fund insurance together, almost everything is covered. Only for those procedures that are considered a luxury can an individual take out extra insurance.

There is a tendency that, on average, the benefits package of private health insurance is even better than the sickness fund insurance. There is a general agreement that has not been forced by government, but the private insurance companies agreed among themselves to always include general practitioners and the drugs they prescribe within the benefits package. That was not the case 20 years ago, but now it is.

Indeed, it is possible to be not insured for acute care in Holland. One is always insured under the Exceptional Medical Expenses Act, whether one likes it or not. If an individual belongs to the group of people having to take out compulsory sickness fund insurance, there is no choice. However, if someone is privately insured, he or she may decide not to take private insurance. There are people who do that, but the number is relatively small.

À l'amorce de la réforme, l'idée générale était que les caisses maladie devaient entrer en concurrence. Bien entendu, les cotisations établies en fonction du revenu ne peuvent faire l'objet d'aucune concurrence. Cependant, il en va tout autrement pour le volet à taux fixe des contributions. C'est l'une des raisons qui nous a poussés à introduire les cotisations à taux fixe. Du point de vue de l'importance des cotisations à taux fixe, il peut y avoir des écarts d'une caisse maladie à une autre. En fait, les écarts grandissent.

On peut aussi établir des différences dans le niveau de service assuré. Pour le reste, c'est une question d'émotion.

Le Dr Björkman: Il importe de tenir compte de l'histoire, de l'identité ethnique et de différences régionales. N'a-t-on pas assisté, docteur Hurts, à une intégration des caisses maladie au cours des 20 ou 30 dernières années, laquelle s'est soldée par une diminution du nombre de ces caisses?

Le Dr Hurts: Non, ce n'est pas vrai. Il y en avait 50, puis nous sommes passés à 20 avant de revenir à 30. De nouvelles caisses maladie ont vu le jour après les premiers stades de la réforme, et aujourd'hui, le processus de fusion a repris de plus belle.

Nous devons établir le nombre minimal de caisses maladie dont nous avons besoin pour assurer la concurrence dans les diverses régions du pays. S'il n'y en a que deux, il n'y aura pas beaucoup de concurrence. Il s'agirait peut-être de cinq caisses. Nous en sommes toujours au stade expérimental.

On observe des écarts dans les cotisations aussi bien que dans les programmes d'avantages. Disons que les écarts dans les programmes d'avantages ne sont pas bien nombreux. Dans l'ensemble, la croissance du programme d'avantages au sein du marché de l'assurance-maladie privée est très marquée, davantage même que dans l'assurance fondée sur les caisses maladie. Si vous conjuguez le programme d'avantages offerts par l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles et l'assurance fondée sur les caisses maladie, presque tout est couvert. Il faut une assurance supplémentaire uniquement pour les procédures considérées comme un luxe.

On note une tendance selon laquelle les programmes de prestations offerts par l'assurance-maladie privée sont, en moyenne, supérieurs à ceux de l'assurance fondée sur les caisses maladie. En vertu d'un consensus général que n'a pas imposé le gouvernement, les sociétés d'assurance privée s'entendent entre elles pour toujours inclure dans le programme d'avantages les honoraires des généralistes et les médicaments qu'ils prescrivent. Ce n'était pas le cas il y a 20 ans, mais c'est ainsi que les choses se passent aujourd'hui.

En fait, on peut ne pas avoir d'assurance sur les soins actifs en Hollande. Que cela leur plaise ou non, les Néerlandais sont toujours assurés aux termes de la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles. Si une personne appartient au groupe de personnes tenues de souscrire une assurance dans une caisse maladie, aucun choix n'est offert. Si, en revanche, elle souscrit une assurance privée, la personne peut choisir de s'en passer. C'est ce que choisissent certaines personnes, mais elles sont relativement peu nombreuses.

Senator Morin: I would like to move to hospitals now. If I understand correctly, in your country most hospitals are private but not-for-profit. Also if I understand correctly, most of them are affiliated with religious orders. Are there non-religious hospitals? Is there a possibility of having a private for-profit hospital?

My second question deals with what we in North America call "clinics." Clinics are facilities where outpatients can have treatment. Services such as surgery, imaging, ultrasound, even nuclear magnetic resonance are offered in clinics. Clinics are self-contained. In this country, most clinics are not-for-profit; however, there are a number of for-profit clinics springing up.

I was wondering if the experience is the same in your country.

Dr. Hurts: Almost all of our hospitals are private institutions. There were never that many government hospitals, but nowadays there are almost none left. There may be one or two psychiatric hospitals that are still in provincial hands. On the whole, however, most hospitals are private. Even our sick funds are private organizations. They are non-governmental bodies.

The matter of profit making is a very sensitive one in this country. Normal hospitals operating within the official system cannot be for-profit. We have, however, a growing list of private hospitals. In order to operate under the social health insurance system, a private hospital has to have an agreement with one of the official hospitals, has to be linked to an official hospital to remain operational. Until now, private hospitals have not been allowed to make any profits.

Oddly enough, over the years the doctors working in these hospitals have always had the possibility of making large profits. We call it income, but you might just as well call it profit. We have never had a problem with that, but when it comes to institutional care, it is always a big problem. This will be one of the debates in the next few years.

In the current debates going on within our government, the issue of profit making is a very important one. The liberal party especially will argue that profit making should be admitted. Generally, the social democrats would say no to profit making.

Then, of course, we still have special ways of admitting profits. Even sick funds currently can make profits, but they cannot spend them. The only thing a sick fund can do with profits is reinvest them in the system or create financial reserves that they can later reinvest in the system.

Dr. Björkman: Non-profit is similar to Blue Cross and Blue Shield, which can certainly make internal profits that cannot go to stockholders. There is a delicate line between profit and income. In fact, it turns out that a number of the hospitals may have started out as religious, even charitable, hospitals, but to my

Le sénateur Morin: J'aimerais maintenant aborder la question des hôpitaux. Si je comprends bien, la plupart des hôpitaux de votre pays sont privés, mais sans but lucratif. Si je comprends bien toujours, la plupart d'entre eux sont affiliés à des ordres religieux. Y a-t-il des hôpitaux non religieux? Est-il possible d'exploiter un hôpital privé à but lucratif?

Ma deuxième question porte sur ce que, en Amérique du Nord, nous appelons les «cliniques». Les cliniques sont des centres où les malades externes peuvent obtenir des traitements. Des services comme les interventions chirurgicales, l'imagerie, les échographies, et même l'imagerie par résonance magnétique nucléaire sont offerts dans les cliniques. Les cliniques sont autonomes. Dans notre pays, la plupart des cliniques sont sans but lucratif; cependant, on assiste maintenant à l'émergence d'un certain nombre de cliniques à but lucratif.

Je me demandais si votre pays vit une expérience analogue.

Le Dr Hurts: La plupart de nos hôpitaux sont des établissements privés. Il n'y a jamais eu beaucoup d'hôpitaux publics, mais ils ont aujourd'hui pratiquement tous disparu. Il existe peut-être encore un ou deux hôpitaux psychiatriques relevant d'une province. Dans l'ensemble, cependant, la plupart des hôpitaux sont privés. Même nos caisses maladie sont des organisations privées. Elles sont des organisations non gouvernementales.

Dans notre pays, la question des profits est fort délicate. Les hôpitaux normaux qui exercent leurs activités en vertu du système officiel ne peuvent pas faire de profit. Cependant, la liste des hôpitaux privés s'allonge sans cesse. Pour exercer ses activités en vertu du régime d'assurance-maladie public, un hôpital privé doit conclure une entente avec un des hôpitaux officiels — il doit entretenir des liens avec un hôpital officiel pour demeurer en activité. Jusqu'ici, on n'a pas autorisé les hôpitaux privés à faire des profits.

Curieusement, au fil des ans, les médecins qui travaillaient dans ces hôpitaux ont toujours eu la possibilité d'enregistrer des profits considérables. On parle de revenu, mais on pourrait tout aussi bien parler de profit. Cette situation ne nous a jamais posé de problème. Lorsqu'il s'agit de soins en établissement, cependant, le problème devient toujours aigu. C'est l'un des débats que nous aurons à tenir au cours des prochaines années.

Dans les débats qui ont cours au sein du gouvernement, la question des profits occupe une très grande importance. Le parti libéral en particulier soutiendra que les profits devraient être autorisés. En règle générale, les socio-démocrates s'y opposeront.

Naturellement, il y a des façons particulières d'admettre les profits. À l'heure actuelle, même les caisses maladie peuvent réaliser des profits, mais elles ne sont pas autorisées à dépenser. Les caisses maladie doivent réinvestir leurs profits dans le système ou créer des réserves financières dont elles pourront par la suite réinvestir les fonds dans le système.

Le Dr Björkman: Dans ce cas, on parle d'organisation sans but lucratif au sens de la Croix bleue et de la société Blue Shield, qui sont certes autorisées à réaliser des profits qu'elles ne peuvent toutefois pas refiler aux actionnaires. Il y a une mince ligne de démarcation entre le profit et le revenu. En fait, on remarque

understanding they are all basically corporations, general hospitals that do not provide profit for shareholders. They have to compete with one another to get the doctors and to have the services and the clients. Not only is there competition at the insurance sector, there is competition at the provider sector.

The Dutch have attempted — and Dekker was trying it in part of the reforms — to introduce more competition throughout the system. Although it is not necessary to pass a law that makes competition mandatory, the anticipation of people who want it will make it possible for them to shift their behaviour. It is like the law of anticipated reaction — in other words, although the Dekker system is technically dead, it actually is manifested in the Dutch system.

Senator Morin: Do you have any clinics?

Dr. Hurts: It is hard to make a real comparison. It would be the same as you mentioned.

Dr. Björkman: You have free-standing clinics, which can in fact charge and make money. Here, such clinics have to work as hospitals, which cannot make the profits. There is a proviso that hospitals cannot make a profit. Who actually performs the services? Various professionals perform the services, and they have a proper income, not a profit.

The Chairman: I would like to ask two follow-up questions, one of which touches on your last point. If a private hospital, for example, were owned by the doctors, it seems to me that it would be possible to avoid the profit question entirely by simply flowing through extra moneys to the doctors who happen to own the hospital. In other words, rather than issuing dividends, all moneys could arbitrarily flow through to the doctors who own the hospital; those moneys could be deemed income.

Dr. Björkman: If that were to happen, there would be sufficient information flow for the public system to begin asking whether that is the right thing to do. Consequently, we would have a form of regulation for it.

Dr. Hurts: We do have that form of regulation under our balancing and budgeting law because for all medical services rendered there is an official tariff. It might be quite high for cardiology and quite low for specialized care for children, as is the case in this country, but cardiologists in Amsterdam cannot charge a higher tariff than in another city. There is always a standard for the whole country. At the moment, under current regulation, such a thing as you mentioned cannot happen.

qu'un certain nombre d'hôpitaux étaient, au départ, des hôpitaux religieux, voire des organismes de bienfaisance. À ma connaissance, ces établissements sont essentiellement des sociétés, des hôpitaux généraux qui ne réalisent pas de profits pour le compte de leurs actionnaires. Ils doivent se faire concurrence pour obtenir les médecins, les services et les clients. Il existe de la concurrence non seulement dans le secteur de l'assurance, mais aussi dans le secteur des fournisseurs.

Les Néerlandais ont tenté — et la commission Dekker a tenté de le faire dans une partie des réformes — d'introduire une concurrence plus grande dans l'ensemble du système. Même s'il n'est pas nécessaire d'adopter une loi qui impose la concurrence, les personnes qui souhaitent qu'il en soit ainsi rendront la concurrence possible grâce à la transformation de leur comportement. C'est un peu comme la loi de la réaction anticipée — en d'autres termes, le système prôné par la commission Dekker, même s'il est techniquement mort, fait sentir ses effets dans le système néerlandais.

Le sénateur Morin: Avez-vous des cliniques?

Le Dr Hurts: Il est difficile d'établir de véritables comparaisons. Les établissements en question s'apparenteraient à ceux dont vous avez fait mention.

Le Dr Björkman: Vous avez des cliniques autonomes qui, en réalité, peuvent imputer des frais et accepter de l'argent. Ici, de telles cliniques doivent fonctionner à titre d'hôpitaux. À ce titre, elles ne peuvent réaliser de profits. Il existe une disposition en vertu de laquelle les hôpitaux ne sont pas autorisés à réaliser des profits. Qui assure la prestation des services? Divers professionnels s'en chargent, et ils ont un revenu adéquat, et non des profits.

Le président: J'aimerais poser deux questions qui s'inscrivent dans le même ordre d'idées. La première porte sur le dernier point que vous avez soulevé. Si un hôpital privé, par exemple, appartenait aux médecins, j'ai l'impression qu'on pourrait contourner toute la question des profits en se contentant de verser des sommes additionnelles aux médecins qui, comme par hasard, sont propriétaires de l'établissement. En d'autres termes, plutôt que de verser des dividendes, on pourrait, de façon arbitraire, refiler l'argent aux médecins qui sont propriétaires de l'hôpital. Ainsi, l'argent serait assimilé à un revenu.

Le Dr Björkman: Si tel était le cas, le régime public disposerait d'information suffisante pour commencer à poser des questions au sujet de la légitimité de toute l'affaire. Par conséquent, une forme de réglementation serait adoptée.

Le Dr Hurts: En vertu des dispositions législatives sur l'équilibre budgétaire, une telle réglementation existe déjà. En fait, un tarif officiel est établi pour l'ensemble des services médicaux. Le tarif peut-être relativement élevé pour les soins cardiologiques et relativement bas pour les soins pédiatriques spécialisés, comme c'est le cas au pays, mais les cardiologues d'Amsterdam ne peuvent imposer un tarif supérieur à ceux d'une autre ville. Il y a toujours une norme en vigueur pour l'ensemble du pays. À l'heure actuelle, en vertu de la réglementation existante, un scénario comme celui que vous avez évoqué ne pourrait se matérialiser.

The Chairman: I have another question, going back to Dr. Hurts' first comment. When you said you were having trouble, particularly under your Exceptional Medical Expenses Act, wherein people were entitled to services they were not receiving, I understood you to say that people were not receiving those services within the time frame they regarded as appropriate. Is that right?

Dr. Hurts: Yes. The services may be quite heavy. If one of your parents has to be treated in a nursing home, he or she may be on a waiting list for two or three years, with a worsening condition.

The Chairman: Is there an objective measure as to whether people are receiving exceptional services in a time frame that is "reasonable," or is that time frame essentially arbitrary, in which case, frankly, from the point of view of the consumer it should probably be zero?

Dr. Hurts: Actually, it is zero. If you look at how the entitlements of our population are defined in the Exceptional Medical Expenses Act and, by the same argument, in the Sickness Fund Act, you will see that these are absolute entitlements. An individual is entitled to services the moment those services are needed. The moment a specialized doctor — or, as we call them, indication bodies — says that an individual needs this or that service the individual is entitled to receive that service.

Our law does not take into account such a thing as reasonable waiting time. Nevertheless, at the moment, a large public debate is taking place. Our sick fund and private health insurance companies, together with suppliers of care, are attempting to find out norms, criteria, for reasonable waiting times.

Perhaps in a few years we will have an option such as reasonable waiting time, but currently the entitlement to service is absolute.

The Chairman: That means that at the moment, I presume, with virtually every case you are violating the law in the sense that unless there is a complete emergency nobody gets zero waiting time; correct? Therefore, it seems to me that an objective measure of what is reasonable would help the system considerably. Is that right?

Dr. Hurts: Yes. I suppose that will be the case. The difficulty has always been in deciding who was guilty for not providing enough services. If you do not get what you need, the first place you go is to your insurer, your sick funds or your private insurer, and say, "I am entitled to this or that and I cannot get it; I have to wait two years." This insurance company will say, "I would be glad to help you but I cannot. Because the government regulates the supply and the demand is so heavy there is not enough capacity to treat you."

Then who is responsible for capacity? It is the government again. Try to take that case to court and say, "The government has to supply me with this or that." The government will say, "It is not up to us; it is your insurance company that has to do that."

Le président: Pour en revenir au premier commentaire du Dr Hurts, j'ai une autre question. Quand vous avez dit que vous aviez des problèmes, particulièrement en ce qui concerne votre loi sur les dépenses médicales exceptionnelles, lorsque les gens étaient admissibles à des services qu'ils ne recevaient pas. D'après ce que je comprends, vous dites que les gens ne recevaient pas ces services dans des délais qu'ils jugeaient adéquats, n'est-ce pas?

Le Dr Hurts: Oui. Les services peuvent être assez importants. Si l'un de vos parents doit être traité dans un foyer d'accueil, il peut être inscrit sur une liste d'attente durant deux ou trois ans, même si son état s'aggrave.

Le président: Peut-on établir objectivement si les gens reçoivent des services exceptionnels dans des délais jugés raisonnables, ou bien ces délais sont-ils essentiellement arbitraires, auquel cas le consommateur estimerait bien sûr qu'ils devraient probablement être nuls?

Le Dr Hurts: À vrai dire, les délais sont nuls. Si vous examinez la façon dont la loi sur les dépenses médicales exceptionnelles et, quant à ça, la loi sur la caisse maladie définissent l'admissibilité pour notre population, vous pourrez constater que l'admissibilité y est absolue. Une personne est admissible aux services dès le moment où elle en a besoin. Dès le moment où un médecin spécialiste ou un organisme d'indication déclare qu'une personne a besoin d'un service ou d'un autre, la personne en question devient admissible au service en question.

Notre loi ne tient pas compte de choses comme un délai d'attente raisonnable. Quoi qu'il en soit, un important débat public se déroule actuellement. Notre caisse maladie et nos compagnies d'assurance-maladie du secteur privé tentent, de concert avec les fournisseurs de soins, d'établir des normes et des critères en ce qui concerne des délais d'attente raisonnables.

Peut-être aurons-nous dans quelques années une option comme un délai d'attente raisonnable, mais à l'heure actuelle, l'admissibilité aux services demeure absolue.

Le président: Ainsi donc, je présume que, à l'heure actuelle, vous violez la loi dans presque chaque cas, dans la mesure où, s'il ne s'agit pas d'une urgence absolue, tout le monde doit attendre un certain temps, n'est-ce pas? Par conséquent, il me semble qu'une mesure objective de ce qui est raisonnable aiderait considérablement le système. N'est-ce pas?

Le Dr Hurts: Oui. Je suppose que ce sera le cas. Le problème a toujours été de déterminer qui est coupable si les services ne sont pas offerts de façon adéquate. Si vous n'obtenez pas ce dont vous avez besoin, vous vous tournez d'abord vers votre assureur, les responsables de la caisse maladie ou votre assureur privé pour leur dire: «J'ai droit à ceci ou à cela, et je devrai attendre deux ans avant de l'obtenir.» La compagnie d'assurance dira: «Nous serions heureux de vous aider, mais nous ne le pouvons pas. Comme la demande est énorme et que c'est le gouvernement qui réglemente l'offre, nous n'avons pas la capacité de vous traiter».

Alors, qui est responsable de la capacité? C'est le gouvernement, encore une fois. Essayez de porter l'affaire devant les tribunaux et de dire: «Le gouvernement doit me fournir ceci ou cela». Le gouvernement dira: «Ce n'est pas à nous de le faire, c'est à votre compagnie d'assurance».

It took a lot of time before the right cases were brought before court. Only two years ago, we had the first couple of court decisions. They said, "Get rid of all this nonsense. These people are entitled to such and such type of care. If the sick funds or the insurance company has done everything it could to provide the care but there simply was not enough capacity, the government is responsible." That is why we are now doing something.

Dr. Björkman: It is like passing hot potatoes around, which is normal. Who is responsible? What is interesting to me, as your colleague pointed out, is that the waiting periods are quite short. I keep telling my Dutch friends that if they were to make a comparison, they would find that the system is not really broken, that not much has to be fixed. They disagree, however.

We have to keep in mind the "grumble factor." Everyone is going to complain about certain things. I do not know anybody who waits two years for a particular medical service here. If that were the case, they would go somewhere else for the service.

The Chairman: Instead of calling it a hot potato, the general description we would give in this country is to say that politics is the art of shifting the blame. That appears to be what is going on in your case. That is something we fully understand.

Senator Graham: Thank you, gentlemen, for a very interesting, if not provocative, discussion.

Perhaps you can clear up one aspect of confusion for me.

The sickness fund membership I understand is mandatory for those who earn less than 64,600 Dutch guilders, an amount that is roughly Can. \$42,000. It is not mandatory for higher-income citizens, who are entitled to purchase insurance.

My understanding is that the sickness fund membership is not mandatory for higher-income citizens, which would represent 31 per cent of the Dutch population, who are entitled to purchase or belong to insurance programs.

Dr. Hurts: There are only private insurance programs. Either an individual is in or he is out. If an individual's income is above the income threshold you mentioned, that individual can never be sick-fund insured. If an individual wants to have health insurance for acute care, he or she has to take private insurance. There is no other way. The individual can decide to take insurance or not to take insurance; however, by far, the greater part of the population does choose to take insurance, but that can never be sick fund insurance.

Senator Graham: So it is not mandatory?

Dr. Hurts: It is for people who are on the list of mandatory people. If you are not on this list, you can never be sick-fund insured. I hope that is clear.

Il a fallu beaucoup de temps avant que les bonnes causes soient portées devant les tribunaux. Nous avons obtenu les premières décisions des tribunaux il y a deux ans seulement. On pouvait y lire: «Ce non-sens n'a pas sa raison d'être. Ces gens ont le droit d'obtenir tel ou tel type de soins. Si la caisse maladie ou la compagnie d'assurance ont fait tout leur possible pour fournir les soins, mais que la capacité n'est tout simplement pas suffisante, c'est le gouvernement qui est responsable». C'est pourquoi nous faisons maintenant quelque chose.

Le Dr Björkman: C'est comme se relancer la balle, ce qui est normal quand le sujet est épineux. Qui est responsable? Ce que je trouve intéressant, comme l'a fait ressortir votre collègue, c'est que les périodes d'attente sont plutôt brèves. Je dis tout le temps à mes amis néerlandais que, s'ils devaient faire une comparaison, ils constateraient que le système n'échoue pas vraiment, qu'il n'y a pas grand-chose à améliorer. Cependant, ils ne sont pas d'accord.

Il nous faut tenir compte du «facteur de mécontentement». Il y aura toujours quelqu'un pour se plaindre de quelque chose. Je ne connais personne ici qui doive attendre deux ans pour obtenir un service médical particulier. Si c'était le cas, il irait ailleurs pour l'obtenir.

Le président: On peut bien dire qu'on se relance la balle, puisque dans notre pays, la politique est l'art de faire porter le blâme par quelqu'un d'autre. C'est ce qui semble se passer dans votre cas. Nous comprenons très bien.

Le sénateur Graham: Merci, messieurs. La discussion est très intéressante; elle fait bien ressortir la controverse.

Peut-être que vous pourriez éclaircir un aspect de la question pour moi.

D'après ce que je comprends, l'adhésion à la caisse maladie est obligatoire pour quiconque gagne moins de 64 600 florins néerlandais, soit environ 42 000 \$ canadiens. Les citoyens plus fortunés ne sont pas obligés d'y adhérer, et peuvent acheter de l'assurance.

D'après ce que je comprends, l'adhésion à la caisse maladie n'est pas obligatoire pour les citoyens fortunés, qui représentent 31 p. 100 de la population néerlandaise et qui ont le droit d'acheter de l'assurance ou d'adhérer à un programme d'assurance.

Le Dr Hurts: Il n'y a que des programmes d'assurance privée. Ou une personne peut y adhérer, ou elle ne peut pas. Si le revenu d'une personne est supérieur au seuil que vous avez mentionné, jamais elle ne pourra être protégée par la caisse maladie. Si une personne veut obtenir une assurance pour des soins de première nécessité, elle devra prendre une assurance privée. Il n'y a pas d'autre façon. La personne peut décider de prendre de l'assurance ou pas; cependant, la plus grande partie de la population choisit effectivement de prendre de l'assurance, mais elle ne peut être assurée par la caisse maladie.

Le sénateur Graham: Ce n'est donc pas obligatoire?

Le Dr Hurts: Ça l'est pour les gens qui figurent sur la liste des personnes tenues d'adhérer au régime. Si votre nom ne figure pas sur la liste, vous ne pouvez jamais profiter de la caisse maladie. J'espère être clair.

Senator Graham: I am surprised. What would be the percentage of people in the Netherlands who do not have any kind of insurance?

Dr. Hurts: That is a very small amount.

Dr. Björkman: Not even 2 per cent?

Dr. Hurts: Behind the dots.

Dr. Björkman: Less than 1 per cent. It would be foolish not to, given the probability of illness. People who know the possibilities are going to take up the chance. From my personal experience, most of our private insurance is quite equitable. It is not a matter of gouging out premiums. You get value for money.

Senator Graham: In Canada, we have 2.1 practising physicians per thousand population. Could you tell us how many there are in the Netherlands?

Dr. Hurts: I do not have that figure.

Dr. Björkman: I do not know that off the top of my head, I am sorry. I could look that up. I do not think it would not be far off that, however. I say that partly because the public expenditure is roughly the same.

Dr. Hurts: There are some special features within the Dutch system. We have a comparatively well-provided sector of family doctors, general practitioners. Every Dutch citizen has a family doctor, a GP. We have a low number of specialized doctors. For example, in the neighbouring countries of Belgium and Germany, there are far more specialized doctors, and people tend to go directly to hospitals and specialized doctors if they need anything. In Holland, one must have a referral by a GP to get to a specialized doctor or a hospital.

Senator Graham: Do you have any form of home care in the Netherlands?

Dr. Hurts: Yes, we do. It is covered under the exceptional medical expenses insurance. The greater part of home care is consumed by elderly people. However, if an individual needs home care after treatment in hospital, it is covered under the exceptional medical expenses insurance, even though expenditures like those cannot be regarded as exceptional.

Senator Graham: Is there anything in the Canadian health care system that you would like to have adopted in the Netherlands?

Dr. Björkman: Not off the top of my head. However, I do know something about the central payer system in your division, and it is a fairly equitable one. Nonetheless, it strikes me that there is perhaps more conflict now in the Canadian system than here. So it is hard to think that I would float the payment system or the allocation of responsibilities.

Senator Graham: Less than 10 per cent of the total health care spending in the Netherlands is raised through general taxation, yet we are told that the role of the government in regulating the health care system is significant. The national government has

Le sénateur Graham: Je suis étonné. Quel est le pourcentage de personnes aux Pays-Bas qui n'ont pas ce type d'assurance?

Le Dr Hurts: C'est un pourcentage très faible.

Le Dr Björkman: Pas même 2 p. 100?

Le Dr Hurts: Pas même 1 p. 100.

Le Dr Björkman: Moins de 1 p. 100. Le contraire serait absurde, compte tenu de la probabilité de maladie. Les personnes qui connaissent les possibilités vont tenter leur chance. D'après ce que j'ai vécu personnellement, la plupart de nos assurances privées sont assez équitables. Elles n'essaient pas d'exagérer les primes. Vous en obtenez pour votre argent.

Le sénateur Graham: Au Canada, il y a 2,1 médecins en exercice par millier d'habitants. Pourriez-vous nous dire combien il y en a aux Pays-Bas?

Le Dr Hurts: Je n'ai pas ce chiffre avec moi.

Le Dr Björkman: Je ne le sais pas de mémoire moi non plus. Je suis désolé. Je pourrais chercher à l'obtenir. Je ne pense cependant pas qu'il soit tellement différent. Je dis ça en partie parce que les dépenses publiques sont à peu près les mêmes.

Le Dr Hurts: Le système néerlandais présente certaines caractéristiques particulières. En comparaison, nous avons des médecins de famille et des omnipraticiens en abondance. Chaque citoyen néerlandais a un médecin de famille. Nous avons un petit nombre de médecins spécialistes. Par exemple, en Belgique et en Allemagne, les pays voisins, il y a beaucoup plus de médecins spécialistes, et les gens vont généralement directement à l'hôpital ou au cabinet du médecin spécialiste s'ils ont besoin de quelque chose. Aux Pays-bas, il faut obtenir une recommandation d'un omnipraticien avant de pouvoir consulter un médecin spécialiste ou de se rendre à l'hôpital.

Le sénateur Graham: Y a-t-il des soins à domicile aux Pays-Bas?

Le Dr Hurts: Oui. Ils sont couverts par l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles. La plupart des soins à domicile sont administrés aux personnes âgées. Cependant, si une personne a besoin de soins à domicile après avoir été traitée à l'hôpital, elle est couverte par l'assurance concernant les dépenses médicales exceptionnelles, même si les dépenses en question ne sauraient être considérées comme exceptionnelles.

Le sénateur Graham: Y a-t-il un quelconque élément du système de soins de santé canadien que vous aimeriez adopter aux Pays-Bas?

Le Dr Björkman: Pas que je sache. Cependant, je connais le système de payeur central de votre division, et il est très équitable. Quoi qu'il en soit, je constate qu'il y aura peut-être plus de conflits à présent dans le système canadien que dans le nôtre. Alors j'ai du mal à imaginer que je renoncerais au système de paiement ou à la répartition des responsabilités.

Le sénateur Graham: Moins de 10 p. 100 des dépenses totales en santé aux Pays-Bas sont financées par les impôts généraux; pourtant, on nous dit que le gouvernement joue un rôle important dans la réglementation du réseau médico-hospitalier. Le

responsibility for and financial control over most aspects of the health care system. Is that through regulation?

Dr. Hurts: It is difficult to explain and hard to understand for people from other countries, because little direct government money is involved in the system. The greater part of the revenue comes out of insurance premiums. It is outside the government budget, even though there is budgetary control of the entire sector.

Social insurance and private insurance are put together. If the Dutch government discovers that total expenditure in the health care system is higher than expected, next year the government will begin to lower hospital budgets, dampening the growth rates of income of all doctors. That can be done in a very detailed way. For example, if one specialization within hospitals has become more expensive than expected, next year their tariffs will be lowered. If less than expected was spent in a certain sector, next year tariffs will be raised.

There is a very tight control on what is spent in all different subsectors of the health care system, even though no direct government money is involved.

Senator Graham: The hospital budgets must be approved by government. Is that correct?

Dr. Björkman: The Dutch have a unitary state, yet they do not have direct provision of services. What they have — and it is not only in the health sector but also across other policy sectors — is something called steering or guiding. In fact, even when one uses the word “control,” it certainly guides behaviour, and there can be penalties, it does not have that same feeling of lockstep control because there is so much persuasion involved in the system. As Dr. Hurts says, if the government notices a pattern shifting, it will think about the impact of that and then tinker with ways to raise or lower that pattern.

I keep joking that it is like trying to drive a car from the back seat. You are doing a lot of jawboning, you are doing a lot of backseat driving, but you are not directly holding the steering wheel. The car is still moving in the direction you expect. The backseat driver would kill the driver if it reversed. There is a great deal of solidarity here of what is appropriate.

The point also to be made, which is hard for even the British to understand about the Dutch, is that they have applications through their ministry, their departments, their agencies, which have a great deal of autonomy. They are not the providers. Dr. Hurts spoke of a number of semi-autonomous and autonomous agencies that regulate tariffs. It is not done by legislation or directly in law. It is done by professionals and bureaucrats who say what they think is appropriate for the next two or three years. The fine tuning is more than we are used to in North America.

Senator Graham: If the backseat driver is going down a one-way street the wrong way, the government has the right to turn the driver around?

gouvernement national en finance et en contrôle la plupart des aspects. Le fait-il par règlement?

Le Dr Hurts: Voilà un phénomène difficile à expliquer et difficile à comprendre pour les étrangers, parce qu'il y a peu d'argent gouvernemental d'injecté directement dans le système. La plus grande part des recettes provient des primes d'assurance. Elle provient donc de l'extérieur du budget du gouvernement, même si un contrôle budgétaire est exercé sur le secteur tout entier.

L'assurance sociale et l'assurance privée sont mises ensemble. Si le gouvernement des Pays-Bas découvre que le total des dépenses du réseau de la santé est supérieur à ce qui était prévu, le gouvernement commence l'année suivante à réduire les budgets des hôpitaux, ralentissant le taux de croissance des revenus de tous les médecins. Cela peut se faire d'une façon très détaillée. Par exemple, si une spécialité dans les hôpitaux est devenue plus onéreuse que prévu, les tarifs sont abaissés l'année suivante. Si l'inverse se produit, les tarifs sont augmentés.

Un contrôle très serré est exercé sur ce qui se dépense dans tous les sous-secteurs du réseau de la santé, même si le gouvernement n'y a pas injecté directement d'argent.

Le sénateur Graham: Les budgets des hôpitaux doivent être approuvés par le gouvernement, n'est-ce pas?

Le Dr Björkman: Les Néerlandais ont un État unitaire, et ils n'ont pourtant aucune prestation directe de services. Ce qu'ils ont — et pas seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans tous les autres secteurs stratégiques —, c'est un organisme directeur. En fait, même lorsqu'on utilise le terme «contrôle», on peut certes dire que l'État dirige les comportements et peut imposer des pénalités, mais on n'a pas l'impression d'un contrôle intransigeant parce qu'une grande part de persuasion a été intégrée au système. Comme le dit le Dr Hurts, si le gouvernement remarque une modification des tendances, il en examinera les répercussions avant d'établir une façon de la modifier.

À la blague, je dis tout le temps que c'est comme essayer de conduire une voiture en étant assis sur le siège arrière. Vous parlez beaucoup, vous donnez beaucoup de conseils, mais ce n'est pas vous qui tenez le volant. La voiture roule encore dans la direction que vous avez prévue. La personne qui dirige depuis le siège arrière tuerait le conducteur s'il s'avisait de faire marche arrière. Il y a là beaucoup de solidarité pour les choses qui sont appropriées.

Ce qu'il faut aussi dire et qu'il est difficile à comprendre au sujet des Néerlandais, même pour les Britanniques, c'est qu'ils ont au sein de leurs ministères, de leurs services et de leurs organismes des applications qui jouissent d'une grande latitude. Ce ne sont pas eux qui fournissent les services. Le Dr Hurts a parlé d'un certain nombre d'organismes semi-autonomes et autonomes qui réglementent les tarifs. Ceux-ci ne sont pas légiférés. Ce sont des professionnels et des bureaucrates qui s'en occupent et qui disent ce qu'ils jugent approprié pour les deux ou trois prochaines années. Par la suite, il y a plus de peaufinage que ce à quoi nous sommes habitués en Amérique du Nord.

Le sénateur Graham: Si la personne assise sur le siège arrière dirige le véhicule à contre-sens dans un sens unique, le gouvernement a-t-il le droit d'intervenir les conducteurs?

Dr. Björkman: Yes.

Dr. Hurts: The backseat driver is the government.

Dr. Björkman: The government is not unitary. It is multiple.

The Chairman: We have often thought or been told that one of the great efficiencies of the Canadian system is that we have a single-payer model at the provincial level, and therefore we have the presumed efficiencies that come with that type of administration. Your system is a multiple-payer system with heavy government regulation.

Has there been an attempt to look at the pros and cons from a cost-benefit standpoint, moving more toward a single-payer model in your current system?

Dr. Hurts: Yes, there have been such debates over the years, but most of the time only on the outside lines of the system, not the hard core of the insurance system. Perhaps the relative weakness of our provincial governments is a point in this. We have 12 provinces, but they are very small — we are a very small country — and they are not accustomed to tasks like these. They do not have the bodies to carry out these tasks properly. It is not a serious matter in this country.

Perhaps for some things between social welfare and parts of the exceptional medical expenses insurance, there may be some exchange between the insurance system and what local governments are able to do. However, it is not a very serious debate.

The Chairman: The other comment you made that quite stunned me, when, Dr. Hurts, you were commenting in response to Senator Graham, that if a particular procedure were found to be too expensive in a hospital, running over the forecast amount, you would simply lower the tariff. You said that almost as if that were a non-event. Attempting to lower the tariff of the Ontario Medical Association or the Nova Scotia Medical Association, for example, would be analogous to nuclear war on our side of the system.

I am interested to know how your medical profession accepts what I inferred was relatively unilateral tinkering with the tariff system by the government. It is a wonderful thing to have. I am curious to find out if it is as simple as I understood it to be.

Dr. Hurts: You have to keep in mind that all our hospitals have budgetary certainty. At the start of the year, they know what their budget will be, and they are entitled to receive that budget. They receive these budgets by tariffing. The main tariff of each hospital will be the tariff for a day of stay in hospital, but there may be several side tariffs for special treatments or services rendered by specialized doctors who have their own tariffs.

At the end of the year, a calculation is made as to whether the sum of all these tariffs mounts up to the total of the budget. They will always be, and remain to be, entitled to receive their budget.

Le Dr Björkman: Oui.

Le Dr Hurts: C'est le gouvernement qui est assis sur le siège arrière.

Le Dr Björkman: Le gouvernement n'est pas unitaire. Il est multiple.

Le président: Nous avons souvent pensé ou on nous a souvent dit qu'un des points forts du système canadien est le modèle de payeur unique à l'échelle provinciale et les présumées économies qui accompagnent ce type d'administration. Notre système est un système à payeurs multiples très réglementé par le gouvernement.

A-t-on tenté d'examiner les avantages et les inconvénients sur le plan de la rentabilité de façon à faire en sorte que votre système évolue davantage vers le modèle du payeur unique?

Le Dr Hurts: Oui, nous avons eu ce type de débat au cours des ans, mais la plupart du temps, cela concernait uniquement les éléments extérieurs du système et non pas le coeur même du système d'assurance. Peut-être que la faiblesse relative de nos gouvernements provinciaux y joue un rôle. Nous avons douze provinces, mais elles sont très petites — notre pays tout entier est très petit —, et elles ne sont pas habituées à des tâches comme celle-là. Elles n'ont pas les organismes qui leur permettraient d'exécuter ces tâches de façon adéquate. Ce n'est pas une question très importante dans notre pays.

Peut-être que, pour certains éléments qui se situent entre l'aide sociale et certaines parties de l'assurance concernant les dépenses médicales exceptionnelles, il pourrait y avoir un échange entre un système d'assurance et ce que les gouvernements locaux sont en mesure de faire. Cependant, ça ne fait pas l'objet d'un débat très chaud.

Le président: Un autre de vos commentaires m'a beaucoup étonné, docteur Hurts. Vous répondiez au sénateur Graham en lui disant que si un acte particulier était jugé trop onéreux dans un hôpital, qu'il entraînait des dépenses supérieures au montant prévu, vous abaissiez tout simplement le tarif. Vous avez dit ça tout bonnement. Si l'on tentait de réduire le tarif de l'Ontario Medical Association ou celui de la Nova Scotia Medical Association, par exemple, ce serait comme si l'on déclenchait une guerre nucléaire de notre côté du système.

J'aimerais savoir comment les membres de votre profession médicale acceptent ce que je considère comme des manipulations relativement unilatérales du système tarifaire par le gouvernement. C'est une merveilleuse chose à avoir. Je suis curieux de savoir si c'est aussi simple que je l'imagine.

Le Dr Hurts: Il ne faut pas oublier que tous nos hôpitaux ont des budgets garantis. Au début de l'année, ils savent ce que sera le budget, et ils y sont admissibles. L'argent leur revient au moyen de tarifs. Le principal tarif de chaque hôpital sera celui qui est exigé pour une journée de séjour à l'hôpital, mais il peut y avoir plusieurs tarifs secondaires pour des services ou traitements spéciaux rendus par des spécialistes, qui ont leurs propres tarifs.

À la fin de l'année, on procède à un calcul pour voir si la somme de tous ces tarifs équivaut au total du budget. Les hôpitaux sont toujours admissibles à l'intégralité du budget. Si la somme

If the total sum of their tariffs this year is less than the budget to which they were entitled, then they will have a higher tariff next year in order to have the possibility of earning the remaining part of the budget to which they were entitled. If the total sum of all their tariffs had been higher than the budget, next year the tariff will be lower in order to pay back what they were overpaid.

There is always budgetary certainty. They will know what they will be getting.

Dr. Björkman: Mr. Chairman, you are also asking about the professionals and how they could be disciplined. Those professionals are also advising the parts of the community that set the tariffs. It is not just a question of telling them what to do; there is a sharing of that point.

Every so often, our medical associations do rise up. Recently, we had a small, very dignified strike by the house doctors. It was done in a gentlemanly fashion. There was no disruption. They were just pointing out that, ultimately, health care of a medical fact is provided by a provider and that as such there must be reasonableness about what they, as providers, require.

I cannot emphasize enough the amount of discussion and the amount of information that goes into the system that Dr. Hurts is describing. In fact, there is a lot of discussion about what is and is not accurate information. When you turn to methodologies, you end up dealing with internal professionals, things that the politicians at large do not have to worry about. They leave it to the experts. Only when that tab becomes unbearable will the experts be chastised a little bit. This is a closed system, if you will, operating in a type of equilibrium, and it is getting value for money. That is why the Dutch do not go for single-payer systems. To them, that would be too monopolistic.

Dr. Hurts: On the other hand, if you were to hear us speaking about things we are debating, you may get the feeling that many professionals in the health care sector have been getting involved more and more in administrative procedures and are not able to do their jobs. There is a rising tendency at the moment in health policies in this country to create more flexibility, to decentralize decision making procedures in order to give professionals their profession again. They are the ones who will make the decisions, not the administrators and bureaucrats. That is the idea behind the operation of the system at the moment.

Senator Keon: I would like both of you to comment on two general areas, if you would. First, I would like to bring you back to the multiple insurers. I would like you to tell me how much flexibility they have. If I draw an analogy with the HMOs, the health management organizations, in America, how much flexibility do the multiple insurers have in the selection of doctors, hospitals, institutions and standards of care?

The second area I would like to explore with you is the following. In Canada, we have a very good handle on our medical care and our hospital care. However, if you take the example of a cancer patient who is first treated in hospital, who then requires

totale des tarifs qu'ils ont perçus cette année-là est inférieure au budget auquel ils ont droit, ils augmentent le tarif l'année suivante de façon à pouvoir gagner la part restante du budget auquel ils avaient droit. Si la somme totale des tarifs a été plus élevée que ce qui était prévu au budget, le tarif de l'année suivante est diminué de façon à ce qu'ils remboursent ce qu'ils ont perçu en trop.

Le budget est toujours garanti. Ils savent combien ils vont obtenir.

Le Dr Björkman: Monsieur le président, vous avez aussi posé une question au sujet des professionnels et de la façon dont ils pourraient être disciplinés. Ces professionnels conseillent aussi les entités communautaires qui établissent des tarifs. Il ne s'agit pas simplement de leur dire quoi faire. Il faut qu'il y ait un échange.

De temps à autre, nos associations médicales se manifestent. Récemment, les médecins de famille ont fait une courte grève très digne. Cela s'est fait avec beaucoup de classe. Il n'y a pas eu de perturbation. Ils tenaient juste à souligner que, en définitive, les soins de santé sont des services médicaux fournis par un fournisseur et que, à ce titre, il faut donner à ces fournisseurs ce dont ils ont besoin.

Je ne saurais trop insister sur l'ampleur des discussions et de l'information nécessaire dans un système comme celui que décrit le Dr Hurts. En fait, il y a beaucoup de discussions au sujet de ce qui constitue ou non de l'information exacte. Quand vous pensez aux méthodologies, vous finissez par vous occuper de détails professionnels internes, de choses dont les politiciens en général n'ont pas à s'inquiéter. Ils laissent cela aux experts. Ce n'est que lorsque la situation dégénère que les experts seront grondés quelque peu. C'est un système fermé, pour ainsi dire, qui fonctionne selon un certain équilibre et qui mène à la rentabilité. C'est pourquoi les Néerlandais n'adoptent pas de système à payeur unique. Pour eux, cela relèverait trop du monopole.

Le Dr Hurts: Par contre, si vous deviez nous entendre parler des choses dont nous discutons, vous pourriez avoir l'impression que bien des professionnels du secteur de la santé ont été engagés toujours davantage dans des procédures administratives, si bien qu'ils ne sont pas capables de faire leur travail. Une tendance se fait jour actuellement dans les politiques de la santé de notre pays pour qu'il y ait plus de souplesse, que la prise de décisions soit décentralisée de façon que les professionnels puissent de nouveau exercer leur profession. Ce sont eux qui prennent les décisions, pas des administrateurs ni des bureaucrates. C'est ce principe qui sous-tend toute l'exploitation du réseau à l'heure actuelle.

Le sénateur Keon: J'aimerais obtenir vos commentaires sur deux grandes questions, si ça ne vous dérange pas. Tout d'abord, j'aimerais revenir à la question des assureurs multiples. J'aimerais que vous me donniez une idée de l'ampleur de leur latitude. Si je fais une analogie avec les organismes de gestion de la santé, les HMO, aux États-Unis, de quelle latitude les assureurs multiples jouissent-ils pour le choix des médecins, des hôpitaux, des établissements et des normes de soins?

Ensuite, j'aimerais explorer avec vous la question suivante. Au Canada, nous régletons de façon très serrée nos soins médicaux et nos soins hospitaliers. Cependant, si vous prenez l'exemple d'un cancéreux traité pour la première fois à l'hôpital, et qui a ensuite

some kind of home care for a short period of time and who then requires chronic care for a period of time, followed by hospice care or some kind of terminal care, in Canada we have not been able to cover the cracks. People are now getting caught out with very serious financial problems as they move through the system, which is not seamless. There are bumps and gaps along the road as far as coverage is concerned.

I would like you to lead me through the events that occur in the life cycle of a cancer patient in your system and tell me what prevents that patient and his family from incurring huge financial burdens.

Dr. Hurts: I will try to explain. I hope I can.

Your first question had to do with how much flexibility insurance agencies have in contracting with suppliers of care. It is important to note that in our Exceptional Medical Expenses Act, as well as in our Sick Fund Act, there is a mandatory system of contracting for insurers. Thus, every sick fund in this country has to offer every hospital and every other institution a contract. Thus, there is no flexibility. Every institution should be under contract with every insurer.

It is not the same for individual providers of care. It was the same 15 years ago, but we changed it, so there is some flexibility there. Every insurer is free to decide whether or not to have individual providers under contract. However, on average, they still would offer everyone who has the necessary papers a contract. So there is some flexibility in individual provision. There is not in institutional care, but there will be.

One of the next changes in our law will create flexibility in contracting possibilities. If that is to be the case, then you might expect to get a build-up of HMO-like insurers as there are in the U.S.A. We do not have them at the moment.

As to what will happen to a cancer patient after having been treated in hospital, the difficulty in our system is that as long as you are treated in hospital or treated by your GP or any specialized doctor you will be in the acute care part of the system, which might involve sick fund insurance or private insurance. The moment you need home care or treatment in any catastrophic facility, then you move to the exceptional medical expenses insurance. That is carried by your same private insurance company, which will also have to provide you with the facilities under the exceptional medical expenses insurance. However, there may be capacity problems there, and then we will also run into difficulties, as you described happens in your country.

We do not know of many cases where people have to pay large amounts out of their own pockets to provide necessary care. I am sure there will be some. Some arrangements have been made

besoin durant une brève période d'une certaine forme de soins à domicile et qui a, par la suite, besoin de soins prolongés durant une période, après quoi il doit recevoir des soins en foyer d'accueil ou une forme quelconque de soins palliatifs, nous ne sommes pas capables au Canada d'offrir tout ça à tout le monde. Il y a maintenant des gens aux prises avec de très graves problèmes financiers à mesure qu'ils évoluent dans le système, qui n'est pas sans faille. En ce qui concerne la protection offerte, il y a des lacunes tout au long du cheminement.

J'aimerais que vous me guidiez au fil des événements que vit un cancéreux dans votre système et que vous me disiez ce qui empêche ce patient et sa famille de devoir assumer un lourd fardeau financier.

Le Dr Hurts: Je vais essayer de vous l'expliquer. J'espère que je le pourrai.

Votre première question concerne la latitude qu'ont les organismes d'assurance dans les contrats qu'ils établissent avec des fournisseurs de soins. Il est important de souligner que, dans notre loi sur les dépenses médicales exceptionnelles ainsi que dans notre loi sur les caisses maladie, une procédure très stricte doit être suivie pour l'établissement de contrats avec les assureurs. Par conséquent, toutes les caisses maladie de notre pays doivent offrir un contrat à tous les hôpitaux et à tous les autres établissements. Ainsi, ils n'ont pas de latitude. Chaque établissement doit avoir conclu un contrat avec chaque assureur.

Il n'en va pas de même pour les fournisseurs de soins. C'était le cas il y a quinze ans, mais nous avons modifié la formule de façon à y intégrer une plus grande latitude. Tous les assureurs sont libres de décider de conclure ou non un contrat avec un fournisseur donné. Cependant, habituellement, ils continuent d'offrir un contrat à chacun s'il a les papiers nécessaires. Il y a donc une certaine souplesse dans chaque service fourni. Il n'y en a pas en établissement, mais il va y en avoir.

Ensuite, nous modifierons notre loi pour assouplir les modalités de contrat. Et si cela arrive, on pourra s'attendre à une flambée du nombre d'assureurs semblables aux HMO aux États-Unis. Nous n'en avons pas en ce moment.

Quant à ce qui arrive à un cancéreux après son traitement à l'hôpital, le problème de notre système, c'est que, tant et aussi longtemps que vous êtes traité à l'hôpital ou que vous êtes traité par votre médecin de famille ou un spécialiste, vous êtes intégré à la composante de soins de courte durée du réseau, ce qui peut supposer le recours à une caisse maladie ou à une assurance privée. Dès que vous avez besoin de soins à domicile ou d'un traitement dans un établissement où l'on traite des maladies mortelles, vous passez à l'assurance pour dépenses médicales exceptionnelles. C'est votre compagnie d'assurance privée qui s'en occupe, et qui veillera à vous fournir ce dont vous avez besoin et qui est couvert par l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles. Cependant, il peut y avoir des problèmes de capacité, de sorte que des problèmes surgiront, comme vous l'avez mentionné pour le système de votre pays.

Nous ne connaissons pas beaucoup de cas où des gens ont dû verser d'importantes sommes d'argent pour obtenir les soins nécessaires. Je suis sûr qu'il y en a. Certaines dispositions ont été

whereby if people have to wait too long because of a lack of capacity in exceptional medical expenses insurance facilities then the acute care insurance has to provide money to buy the necessary care on a private basis.

We really suffer from the split between these two insurance types. The situation would definitely be better if all facilities were under one insurance, but on average it works.

Dr. Björkman: Let me add one more thing. You describe the cracks that people fall through, because of changing demography and an aging system. After the acute care phase of the cancer patient, you get into chronic care and terminal care. You are emphasizing care, not cure. In fact, in many ways the Dutch system is also attempting to cope with and to find ways to finance that caring function. My expectation is that ways will be found to ensure that no one will ever slip through the cracks. If that were to happen, there are people who would blow the whistle and call attention.

I will be surprised if Dr. Hurts' prediction comes true, about a law creating flexibility in contracting possibilities. As I have said, the Dutch are extremely conscious of equity and fairness, and so you cannot have people skimming off the top.

If in the U.S. the HMOs had to deal with all of the population, the medicare eligibles and so forth, I suspect they would not show the profit margins they do and the rest. It is rather shameful that the U.S. segments its own system so much that there are multiple health systems.

Senator Robertson: Thank you, gentlemen, for helping us this morning to understand your system. It is a bit difficult and it seems quite complicated. I am looking at your system through the eyes of the consumer. You have advised us that there is a small percentage of cost to the federal government, that most of the costs are the burden of the insuring companies.

I will work in Canadian dollars and you can perhaps translate. I want to look at percentages for a moment.

Below the income of Can. \$42,000, people are looked after totally. If I were a Dutch citizen earning Can. \$42,000, what percentage of my income would I be paying for all taxes, including federal, provincial, as well as the cost of my health system?

First, let us talk about what it would cost me to have that health protection. What percentage of that Can. \$42,000 would go to governments or insurers for all health matters? I should also like to have those comparisons for Can. \$75,000 and Can. \$100,000. I am interested in your tax systems in addition to what your health system is costing through the insurers. What is an average cost?

prises pour que, si les gens doivent attendre trop longtemps en raison d'un manque de capacité dans les établissements où les soins sont payés par l'assurance pour dépenses médicales exceptionnelles, la compagnie d'assurance qui offre une protection pour les soins aigus fournisse l'argent requis pour l'obtention des soins nécessaires selon une formule axée sur le secteur privé.

La division entre les deux types d'assurance nous embête réellement. Ça irait nettement mieux si tous les établissements fonctionnaient selon une seule assurance, mais dans l'ensemble, ça fonctionne.

Le Dr Björkman: Permettez-moi d'ajouter une chose. Vous décrivez des lacunes du système où des gens ne peuvent être traités en raison d'une modification des caractéristiques démographiques et du vieillissement du système. Après avoir reçu des soins de courte durée, le cancéreux reçoit des soins chroniques, puis des soins palliatifs. Vous avez insisté sur le mot soins, pas sur le mot cure. En fait, de bien des façons, le système néerlandais tente aussi de s'adapter et de trouver des façons de financer cette fonction de soins. Je m'attends à ce qu'on trouve des façons de faire en sorte que personne ne puisse être laissé pour compte. Si cela devait se produire, des gens sonneraient l'alarme et attireraient l'attention.

Je serais bien étonné que la prédiction du Dr Hurts se réalise lorsqu'il parle d'une loi qui confère une certaine latitude en ce qui concerne les possibilités de contrat. Je le répète, les Néerlandais sont extrêmement soucieux d'équité et de justice, et personne ne peut se remplir les poches.

Si, aux États-Unis, les HMO devaient faire affaire avec toute la population, les personnes admissibles à l'assurance-maladie et ainsi de suite, j'imagine qu'ils n'auraient pas les profits qu'ils font et tout le reste. C'est assez honteux que les États-Unis segmentent leur propre système de telle façon qu'ils se retrouvent avec de multiples systèmes de santé.

Le sénateur Robertson: Merci, messieurs, d'être venu ce matin nous aider à comprendre votre système. La question est plutôt difficile et semble très compliquée. Je regarde votre système selon une optique de consommateur. Vous nous avez dit qu'un faible pourcentage des coûts était payé par le gouvernement fédéral, et que la plus grande part de ces coûts est assumée par les compagnies d'assurance.

Je vais convertir en dollars canadiens, et vous pourrez peut-être me fournir une interprétation. Pour l'instant, j'aimerais examiner les pourcentages.

Si elles touchent moins de 42 000 \$ canadiens, les personnes reçoivent leurs soins tout à fait gratuitement. Si j'étais une citoyenne néerlandaise dont le salaire est de 42 000 \$ canadiens, quel pourcentage de mon revenu verserais-je en impôts, fédéral et provincial, ainsi que pour le système de santé?

Tout d'abord, parlons de ce qu'il m'en coûterait pour obtenir cette protection. Quel pourcentage de ces 42 000 \$ canadiens irait aux gouvernements ou aux assureurs pour tout ce qui touche la santé? J'aimerais aussi savoir ce qu'il en coûterait si je touchais 75 000 \$ ou 100 000 \$ canadiens. Je m'intéresse à vos systèmes fiscaux en plus de ce que votre système de santé coûte par l'entremise des assureurs. Quel est donc le coût moyen?

Dr. Björkman: It is roughly 50 per cent. Roughly half, maybe a little bit more, goes into the taxes that are paid for all the services including health. However, when it comes down to the breakdown in finance, Dr. Hurts may be on top of this.

Dr. Hurts: Indeed, there is an important relation between the taxation system and the levying of premiums for social insurances that cover the whole population. Actually, the income-dependent contributions, the premium for the exceptional medical expenses insurance, are part of the income tax.

We have an income tax system of four layers. An individual who does not have a very high income will only be in the first or the second layer of the income tax system. That person will then pay a certain percentage of his or her income — 10.5 per cent leverage is the premium rate for the exceptional medical expenses insurance, and that has been stable over the last few years. If I recall correctly, it is 10.25 per cent.

Another important contribution one must pay is the premium for the state pension. That is about 16 per cent of one's income. Also, only with respect to the first two layers of the income tax, if one's income rises over the next years one will not pay any of these premiums; one will only pay income tax.

The highest level of taxation at the moment, in the third and fourth layer of our income taxation, is somewhere around 55 per cent. That is the highest percentage one will ever have to pay. Then one's premium for the exceptional medical expenses insurance will be included.

Separate is the premium for the sick fund insurance. At the moment, that is 7.6 per cent of one's wage. That is deducted from one's wage. One receives net wages and from that this 7.6 per cent is deducted. Although it depends on the size of the family, an average family privately insured will pay let us say 3,000 to 4,000 guilders per year. Most of the time, one only has to pay for the first few children, sometimes for the first three children. If there are further children, one will not have to pay for them, but these are, of course, flat-rate premiums.

The rest of the tax burden will be in indirect taxes such as our value-added tax, which is fairly high at the moment. It is almost 20 per cent on everything one buys.

I would have to look up and send you the information for these income levels you mentioned. If you want to know exact figures, I cannot give them here.

Senator Robertson: Thank you. Those figures would be helpful.

If I understood you correctly, sir, you said that about 55 per cent of income of a certain level would go for taxation and premiums, but then I believe you said the sickness premium would add another 7.6 per cent to that 55 per cent; is that correct?

Le Dr Björkman: À peu près 50 p. 100. À peu près la moitié, peut-être un peu plus, va aux impôts qui servent à payer tous les services, dont les services de santé. Cependant, pour ce qui touche la ventilation de ce nombre, le Dr Hurts est peut-être mieux placé que moi pour vous aider.

Le Dr Hurts: À vrai dire, il existe une importante relation entre le système fiscal et le prélèvement de cotisations pour les assurances sociales qui couvrent toute la population. En fait, les cotisations établies en fonction du revenu, celles qui servent à payer l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles, sont prélevées à même l'impôt sur le revenu.

Notre régime fiscal comporte quatre niveaux. Une personne dont le revenu n'est pas très élevé sera intégrée au premier ou au deuxième niveau du régime fiscal. Cette personne devra payer un certain pourcentage de son revenu — le taux de cotisation pour l'assurance couvrant les dépenses médicales exceptionnelles a été établi à 10,5 p. 100 et n'a pas changé depuis quelques années. En fait, je pense qu'il est exactement à 10,25 p. 100.

Une autre importante contribution doit être versée: la cotisation pour la pension de l'État. Elle est d'environ 16 p. 100 du revenu. De plus, pour les deux seuls premiers niveaux du régime fiscal, si le revenu d'une personne augmente au cours des prochaines années, elle n'aura pas à payer ces cotisations; elle ne devra payer que l'impôt sur le revenu.

À l'heure actuelle, le niveau d'imposition le plus élevé, celui des troisième et quatrième niveaux de notre régime d'imposition, se situe autour de 55 p. 100. C'est le pourcentage le plus élevé qu'une personne devra jamais payer. La cotisation pour l'assurance couvrant les dépenses médicales exceptionnelles est incluse.

La prime versée pour la caisse maladie est distincte. À l'heure actuelle, elle s'établit à 7,6 p. 100 du salaire d'une personne. Elle est déduite à la source, une fois le salaire net établi. Selon sa taille, une famille moyenne qui a une assurance privée versera environ de 3 000 à 4 000 florins par année. La plupart du temps, on n'a à payer que pour les premiers enfants, parfois pour les trois premiers enfants. S'il y en a plus, on n'aura pas à payer pour eux, les cotisations sont bien sûr établies à taux fixe.

Le reste du fardeau fiscal sera composé d'impôt indirect comme notre taxe sur la valeur ajoutée, qui est assez élevée à l'heure actuelle. Elle est d'environ 20 p. 100 du prix de tout ce qu'on achète.

Je vais fouiller dans mes papiers et vous envoyer l'information sur les niveaux de revenu à laquelle vous avez fait allusion. Si vous voulez connaître les chiffres exacts, je ne saurais vous les donner pour l'instant.

Le sénateur Robertson: Merci. Ces chiffres nous seraient bien utiles.

Si je vous comprends bien, monsieur, vous dites qu'environ 55 p. 100 du revenu à un certain niveau est prélevé en impôts et en cotisations, mais je crois vous avoir entendu dire que la cotisation à la caisse maladie ajouterait une autre tranche de 7,6 p. 100 à ces 55 p. 100, n'est-ce pas?

Dr. Hurts: Exactly. The sick fund insurance is not an insurance for the whole population, so the premium for that is not considered to be part of the income tax. The exceptional medical expenses premium is, so it is part of income tax. That will come on top of all taxes paid.

These percentages of 55 are, of course, marginal tariffs. They are only over the total-year income. The average tariff will be lower. That is why it can be the case that, overall, the burden of collective expenditure may be around 50 per cent at the moment in all of them. I am not sure what the exact figure is, but I can provide you the details at a later stage.

Senator Robertson: How many of your procedures or processes have user fees?

Dr. Hurts: That is a sensitive element in Dutch health policies. We almost only have user fees in the exceptional medical expenses insurance. We have no user fees in the sick fund insurance. We have tried several times, but time and again it appears there is so much political emotion about that that once we brought them into being one or two years later they are removed again.

Hence, we are not very good in user fees and co-payments. It is strange that in counties quite near, like Belgium, the whole population is perfectly used to user fees and we are not.

The Chairman: In health care services there is strong opposition in this country to user fees as well. In some ways, however, your flat payment is not a user fee because it is made whether you use the system or not. The flat payment is essentially an insurance premium that you might not use at all for several years and then use it frequently.

Dr. Hurts: That is right.

The Chairman: Do you have any way of letting people know how much cost they have put on the health care system in a given year? Let me give you an example. One of the ideas that is being floated in Canada is that at the end of a year every individual taxpayer will receive a statement from the government setting out the total amount of cost they imposed on the health care system. They would not be required to pay that cost. It would be some way of communicating to people that they are in fact costing the system money.

One of the arguments against that has been that, once you start telling people that, you are one short step away from saying, "They ought to pay some small portion of it."

However, is there any direct feedback mechanism in your country to consumers vis-à-vis how much of a burden they put on the system in a given year?

Dr. Hurts: It is only there in that part of the market where people have to pay themselves and get refunds, or otherwise get information because of their deductibles. In the sickness fund

Le Dr Hurts: Exactement. La caisse maladie n'est pas une assurance pour toute la population, de sorte que la cotisation n'est pas considérée comme partie intégrante de l'impôt sur le revenu. C'est cependant le cas de la cotisation pour dépenses médicales exceptionnelles, qui a été intégrée à l'impôt sur le revenu. Elle s'ajoute à tous les impôts qui sont versés.

Ces 55 p. 100 sont évidemment des tarifs marginaux. Ils ne concernent que le revenu pour l'année toute entière. Le tarif moyen est inférieur. C'est pourquoi il peut arriver que, dans l'ensemble, le fardeau des dépenses collectives se situe autour de 50 p. 100 dans tous les cas. Je ne suis pas sûr du chiffre exact, mais je pourrai vous fournir des détails plus tard.

Le sénateur Robertson: Combien de vos procédures ou de vos processus font l'objet de frais d'utilisation?

Le Dr Hurts: Il s'agit là d'un élément délicat des politiques de la santé aux Pays-Bas. Nous n'imposons de frais d'utilisation que pour l'assurance couvrant les dépenses médicales exceptionnelles. Nous n'en avons pas dans la caisse maladie. Nous avons essayé plusieurs fois, mais à chaque fois, il semble que cette question suscite tant d'émotion politique que nous les avons une fois appliqués pour deux ans, pour les retirer par la suite.

Ainsi, nous ne sommes pas très portés sur les frais d'utilisation et les quotes-parts. C'est étrange de penser que, dans des pays assez proches, comme la Belgique, toute la population est parfaitement habituée aux frais d'utilisation alors que nous ne le sommes pas.

Le président: Ici aussi, la population est fortement opposée à l'imposition de frais d'utilisation pour les services de santé. Cependant, d'une certaine façon, notre paiement à taux fixe n'est pas un droit d'utilisation parce qu'il est imposé peu importe si vous utilisez le système ou pas. Le paiement à taux fixe est essentiellement une prime pour une assurance à laquelle vous pouvez ne pas recourir durant plusieurs années et que vous pouvez ensuite utiliser fréquemment.

Le Dr Hurts: C'est exact.

Le président: Avez-vous des façons de faire savoir aux gens combien ils ont injecté dans le système de santé au cours d'une année donnée? Je vais vous donner un exemple. Une des idées qui circulent actuellement au Canada est qu'à la fin de l'année, chaque contribuable reçoive un relevé du gouvernement pour lui dire combien ont coûté au total les soins qu'il a reçus du système de santé au cours de l'année. Le contribuable n'aurait pas à payer cette somme. Ce serait seulement une façon de faire savoir aux gens qu'ils coûtent de l'argent au système.

Un des arguments à l'encontre de cette idée est qu'après avoir dit cela aux gens, vous êtes porté à dire ensuite: «Il faudrait leur faire payer une petite partie de cette somme».

Cependant, dans votre pays, y a-t-il des mécanismes de rétroaction directe aux consommateurs afin de leur faire savoir quel fardeau ils représentent au cours d'une année donnée pour le régime?

Le Dr Hurts: Cela n'existe que dans la partie du marché où les gens doivent d'abord verser une somme et en obtenir le remboursement, ou obtenir d'une autre façon des informations en

insurance, as well as in the exceptional medical expenses insurance, people do not receive any money. They are entitled to the care they need in kind. There is no separate administration concerning the consumption of individuals. We would have to set up a separate administration about what people consume before we could give them that information. I am sure many political decision-makers in this country would like an idea like that.

Dr. Björkman: The transaction costs would be high. On top of that, you would rapidly deaden any attention if you were told this information on a regular basis. The individual will not keep track except, perhaps, as a matter of pride.

There is a small amount of co-payment or deductible in the different insurance plans but it is really minuscule. We can speak from personal experience. You do pay fees for seeing your doctor or a specialist. Drugs are free over the counter. However, you get most of that money returned to you.

It is a delicate issue also as to whether or not you want to personalize health costs for an individual as compared to what the Dutch do, even at a collective level.

I may add that even now almost every year the whole system of health expenditures presses against the budgetary limits that have been set for the country. Every year, there are special arrangements made to pay a little bit over the top that you did not expect. If you will, the collective public is aware that there are more expenditures in health care; however, that is not the case for individuals.

The Chairman: On the other side of that, is there any incentive or reward, depending whether you prefer a carrot or a stick, to individuals to lead a more healthy lifestyle? For example, do chronic smokers pay the same amount into a sickness fund as those who do not smoke at all?

Dr. Hurts: Yes, they do. There is no difference.

The Chairman: So there is no reward for good behaviour in your system, then? There is not in ours, either, by the way. Some of us think there should be.

Dr. Hurts: There are strong disincentives in private disability insurances. There you will see a big difference between smokers and nonsmokers, but not in health.

The Chairman: Yet, it is on the health care system that they impose the biggest cost.

Senator Robertson: Did I understand you to say that you cover all the pharmaceutical costs for your population?

Dr. Hurts: Yes.

Senator Robertson: We have a stir going on in Canada because the cost of pharmaceuticals is now as much or more than the cost for physician services in our country. What is the ratio in

raison des montants qu'ils peuvent déduire. Dans la caisse maladie ainsi que dans l'assurance pour les dépenses médicales exceptionnelles, les gens ne reçoivent pas d'argent. Ils reçoivent simplement les soins auxquels ils ont droit. Il n'y a pas d'administration distincte concernant la consommation de services faite par les particuliers. Il faudrait établir une administration distincte pour savoir ce que les gens consomment avant de pouvoir leur donner cette information. Je suis sûr que bon nombre de décideurs de notre pays aimeraient assez l'idée.

Le Dr Björkman: Les coûts d'opération seraient élevés. De plus, vous cesseriez rapidement de porter attention à la question si l'on vous transmettait périodiquement cette information. Les particuliers n'en garderaient aucune trace, sauf peut-être s'ils sont fiers de leur rendement à ce chapitre.

Il y a un faible montant de quote-part ou de franchise dans les divers régimes d'assurance, mais les montants sont vraiment minuscules. Nous pouvons vous en parler d'expérience. Vous versez des frais pour consulter votre médecin ou un spécialiste. Les médicaments en vente libre vous sont remis gratuitement. Cependant, une grande part de cet argent vous est retournée.

La «personnalisation» des frais de santé est aussi une question délicate quand on la compare à ce que les Néerlandais font, même à une échelle collective.

J'ajouterai que, même à présent, les dépenses engagées presque chaque année dans l'ensemble du système de santé s'approchent des limites budgétaires établies pour le pays. Chaque année, des ententes spéciales sont prises pour vous faire payer un peu plus que ce à quoi vous vous attendiez. Autrement dit, le grand public est conscient du fait que les dépenses en santé augmentent; cependant, ce n'est pas le cas de chaque personne.

Le président: Par contre, y a-t-il des mesures incitatives ou des récompenses, selon que vous préférez le bâton ou la carotte, pour amener les gens à adopter un mode de vie plus sain? Par exemple, les grands fumeurs versent-ils le même montant dans la caisse maladie que les non-fumeurs?

Le Dr Hurts: Oui, il n'y a pas de différence.

Le président: C'est donc dire qu'un bon comportement ne se traduit pas par une récompense dans votre système? Soit dit en passant, le nôtre n'en donne pas non plus. Certains pensent qu'il le devrait.

Le Dr Hurts: Il y a de fortes mesures de dissuasion dans les régimes privés d'assurance-invalidité. On peut alors observer une grande différence entre les fumeurs et les non-fumeurs, mais pas pour ce qui concerne la santé.

Le président: Pourtant, c'est au système de santé qu'ils imposent le fardeau le plus lourd.

Le sénateur Robertson: Vous ai-je entendu dire que vous couvrez tous les frais pharmaceutiques de votre population?

Le Dr Hurts: Oui.

Le sénateur Robertson: Nous avons des problèmes au Canada, parce que les coûts des produits pharmaceutiques sont équivalents aux coûts des services des médecins, s'ils ne les

your country between the cost of pharmaceuticals and the cost of physicians?

Dr. Björkman: Pharmaceuticals are, indeed, more than physicians. Physicians probably account for 15 to 20 per cent of the total health budget, if you start breaking it down.

When I arrived in the Netherlands, we also paid for our drug prescriptions, for which we were reimbursed. About seven to eight years ago, it was decided that those transaction costs were ludicrous and that it was just as well to pay them through the insurance companies directly rather than getting the person involved.

I must say that as a user it has been much appreciated, and I do not hear any complaints about that.

Dr. Hurts: The problem with the cost of pharmaceuticals is that the annual rate of growth of expenditures is a lot higher than all other medical services. That is the main reason that the Dutch government decided two or three years ago that there should be a change in the way our system is tiered, because they could not get a firm grip on the annual growth rate of expenditures for pharmaceuticals.

The Chairman: With respect to pharmaceuticals, I have two questions. First, is there a national formulary? Second, can pharmaceutical companies advertise, for prescription drugs?

Dr. Hurts: We do not have a formulary list, but there is a very elaborate law on the pricing of pharmaceuticals. Pharmaceuticals can only be admitted to the market if the European Union bodies that make those decisions decide that a particular pharmaceutical may be on the European market. The Dutch government cannot have its own policy on that, but we may set prices for groups of pharmaceuticals. Therefore, we tried to group all pharmaceuticals on the European market in certain groups of look-alike pharmaceuticals. We then picked the European average price, or in some groups even picked the lowest price, and set that as a standard for refunds through the insurance system. Therefore, although we have very detailed price regulations for pharmaceuticals we do not yet have a formulary. We are working on that and hope to get agreements between the organization of hospitals and the organization of doctors to enter into a common understanding on formularies such as you mentioned.

The Chairman: Is advertising not really an issue because you are essentially operating off the European Community list?

Dr. Hurts: Yes. Of course, there is heavy advertising between the pharmaceutical industry and doctors, but there may be no direct advertising to the general public.

dépassent pas. Dans votre pays, quel est le rapport entre le coût des produits pharmaceutiques et le coût des honoraires des médecins?

Le Dr Björkman: Les produits pharmaceutiques coûtent certainement plus cher que les services des médecins. Ceux-ci comptent probablement pour 15 à 20 p. 100 du budget total de la santé, si vous commencez à en faire la répartition.

Lorsque je suis arrivé aux Pays-Bas, il nous fallait aussi payer nos médicaments d'ordonnance, après quoi nous obtenions un remboursement. Il y a environ sept ou huit ans, on a déterminé que ces coûts de transaction étaient nettement exagérés et qu'il était préférable de les payer directement par l'entremise des compagnies d'assurance plutôt que de faire appel aux particuliers.

Je précise que les utilisateurs ont bien apprécié, et que je n'ai entendu personne s'en plaindre.

Le Dr Hurts: Le coût des produits pharmaceutiques a ceci de problématique que le taux de croissance annuelle des dépenses est bien plus élevé que celui de tous les autres services médicaux. C'est la principale raison pour laquelle le gouvernement des Pays-Bas a décidé il y a deux ou trois ans de modifier la façon dont notre système est subdivisé, parce qu'il n'arrivait pas à bien contrôler le taux de croissance annuelle des dépenses concernant les produits pharmaceutiques.

Le président: Pour ce qui touche les produits pharmaceutiques, j'ai deux questions à poser. Premièrement, est-ce qu'il existe un formulaire pharmaceutique national? Deuxièmement, les compagnies pharmaceutiques peuvent-elles faire de la publicité pour vendre les médicaments d'ordonnance?

Le Dr Hurts: Nous n'avons pas de formulaire, mais il y a une loi très complexe sur l'établissement du prix des produits pharmaceutiques. Les produits pharmaceutiques ne peuvent être admis sur le marché que si les organes de l'Union européenne chargés de prendre les décisions à ce sujet décident qu'un produit pharmaceutique en particulier peut être vendu sur le marché européen. Le gouvernement néerlandais ne peut appliquer une politique qui lui serait propre à ce sujet, mais nous pouvons fixer le prix de groupes de produits pharmaceutiques. Par conséquent, nous avons essayé de regrouper tous les produits pharmaceutiques qui se trouvent sur le marché européen en certains ensembles apparentés. Ensuite, nous avons choisi le prix moyen en Europe — ou pour certains groupes nous avons même choisi le prix le plus bas — et en avons fait la norme pour le remboursement qui se fait au moyen du régime d'assurance. C'est donc dire que même si nous avons des règles très détaillées pour l'établissement du prix des produits pharmaceutiques, nous n'avons pas encore de formulaire pharmaceutique. Nous travaillons à ce dossier et espérons que l'organisation des hôpitaux et l'organisation des médecins vont s'entendre sur la question des formulaires, comme vous l'avez mentionné.

Le président: La publicité n'est pas vraiment un enjeu, n'est-ce pas? Essentiellement, vous travaillez à partir de la liste de la Communauté européenne.

Le Dr Hurts: Bien sûr, il y a une publicité très importante qui se fait entre l'industrie pharmaceutique et les médecins, mais il n'y a aucune publicité directe à l'intention du grand public.

The Chairman: Finally, as I understood your description of the pricing system, the government fundamentally sets the price for drugs.

Dr. Hurts: Yes, you may say so.

The Chairman: I know that you probably do not call it that and would prefer that it not be called that, but I am just trying to understand the mechanics.

Senator Fairbairn: Thank you very much for being with us.

I would like to talk about waiting lists. We have that problem in Canada. We have vast a geography to work with and not a huge population. This has become an increasingly difficult problem.

What is the cause of the increased waiting lists in your country? Is it due to greater populations, changes in demographics, or perhaps the earlier detection of certain diseases? Is it due to a shortage of some of the new equipment that is so much in demand, such as MRIs? Is it due to shortages of doctors, nurses or technicians to run the equipment? All of those are dimensions of the problem here in Canada. We do have a shortage of doctors and particularly of nurses.

You mentioned that everyone has access to a family doctor but that there might be a shortage of specialists in Holland. Does your insurance program cover out-of-country specialist services that are not commonly provided in Holland? That, too, is a difficulty here in Canada.

Dr. Björkman: On the first broad question, probably all of the factors you mentioned will impact on what I perceive to be a mild increase in waiting lists due to the changing population and the new technologies. The government has attempted to be very careful not to overbuild, to limit supply to what is necessary and to get good value for money. That pushes up because, after all, waiting lists are another form of rationing.

However, my hunch is that the Dutch are well-served in terms even of waiting times with regard to the tasks they have before them. I understand that Canada, with its size and diversity, has much more variation in its system from one coast to the other than does this country, with most of its population located in an area with a higher population density than Bangladesh.

With regard to details, I did not think we could get treatment outside the country, but Dr. Hurts can respond to that.

Dr. Hurts: Yes, we can. The European competition law plays an ever-growing part in the operation of our health care system. Due to the system of compulsory contracting between insurers and suppliers of care, you may find that you only contract with Dutch

Le président: Enfin, si j'ai bien compris la description que vous faites du mode de fixation des prix, c'est le gouvernement qui, fondamentalement, fixe le prix des médicaments.

Le Dr Hurts: Oui, on pourrait dire cela.

Le président: Je sais que vous n'utilisez probablement pas ces termes et que vous préféreriez ne pas les utiliser, mais j'essaie simplement de comprendre les rouages de la chose.

Le sénateur Fairbairn: Merci beaucoup d'être là.

J'aimerais parler des listes d'attente. C'est un problème que nous avons au Canada. Nous avons un vaste territoire et une population qui n'est pas très nombreuse. C'est un problème qui devient de plus en plus difficile.

Qu'est-ce qui est à l'origine des listes d'attente qui s'allongent dans votre pays? Est-ce l'accroissement de la population, l'évolution démographique ou, peut-être, la détection relativement plus rapide de certaines maladies? Est-ce une pénurie d'équipement qui est tellement en demande, par exemple, les appareils d'imagerie par résonance magnétique? Est-ce une pénurie de médecins, d'infirmières, de techniciens aptes à faire fonctionner l'équipement en question? Ce sont toutes là des dimensions du problème que nous connaissons ici au Canada. Nous avons une pénurie de médecins et nous avons, en particulier, une pénurie d'infirmières.

Vous avez fait remarquer que tout le monde a accès à un médecin de famille, mais qu'il y a peut-être une pénurie de spécialistes en Hollande. Votre régime d'assurance couvre-t-il les services des spécialistes dispensés à l'étranger dans la mesure où ils ne sont pas couramment fournis en Hollande? C'est une difficulté au Canada aussi.

Le Dr Björkman: Pour répondre à la première question générale que vous avez posée, je dirais que tous les facteurs que vous avez énoncés ont probablement une incidence sur ce que je perçois comme étant un allongement léger des listes d'attente dû à l'évolution de la population et à l'avènement de techniques nouvelles. Le gouvernement a essayé d'appliquer avec soin l'idée de ne pas en faire trop, de limiter l'offre à ce qui est jugé nécessaire et d'optimiser l'investissement. Cela fait des pressions, car, après tout, les listes d'attente sont une autre forme de rationnement.

Tout de même, mon instinct me dit que les Néerlandais sont bien servis, même quand il s'agit de listes d'attente, pour ce qui touche les tâches qu'ils doivent accomplir. Je crois comprendre que le Canada, étant donné sa taille et sa diversité, doit traiter avec des écarts beaucoup plus grands de son régime d'un bout à l'autre du pays que les Pays-Bas où la majeure partie de la population se trouve dans une région dont la densité démographique est plus élevée que celle du Bangladesh.

Quant aux aspects particuliers de la question, je ne crois pas que l'on puisse être traité en dehors du pays, mais le Dr Hurts peut répondre à cette question.

Le Dr Hurts: Oui, nous pouvons le faire. La loi européenne sur la concurrence joue un rôle de plus en plus grand dans le fonctionnement de notre réseau de la santé. Étant donné les contrats obligatoires entre assureurs et fournisseurs de soins, une

providers and leave out providers from Germany, Belgium or Spain. In fact, we are no longer allowed to do that because we have one European market and there should be equal access, even to the Dutch health market, for providers from other countries.

Therefore, if there are shortages of supply in this country and a hospital from Germany argues that they can just as well treat patients who are on a waiting list in Holland, that German hospital can apply for a contract with Dutch insurers. At the moment, there is a growing tendency for Dutch insurers to seek contracts outside of the country. If indeed certain kinds of care cannot be obtained inside the country, people are entitled to go outside and have it paid for by social insurance.

Currently, there are special facilities in Spain, with a nice sunny atmosphere, where elderly people go to be treated during our wet and cold winters. It is even cheaper to fly them there and back and have them treated there.

We had our heart surgery airlifts to the United States and Britain several years ago. However, at the moment there is enough capacity for procedures like that in Holland. Most people still like to be treated near their homes.

Senator Fairbairn: Of course. That is very interesting because we sometimes have cases here in Canada, for all the reasons that I mentioned, where there is a desire to go to the United States, and sometimes that is not so easily done.

Dr. Hurts: There is presently a negotiated result between the organization of insurers and the organization of hospitals. There is a national Internet site that people can go to to determine what the waiting lists are at various hospitals for a variety of procedures. If the waiting lists are too long in the place they live, they may choose to go elsewhere. However, most people do not take advantage of it; they prefer to stay at home.

Dr. Björkman: Information is going to change even this system. Europe may learn something from North America when it starts to include 16 or 20 countries. There is already a huge variation of morbidity, mortality and usage rates on this continent. When the Europeans finally fulfil their single-market system, they may look enviously at what is happening in Canada because there are differences between Greece, Portugal, Germany and the Netherlands. However, that is a different issue for a different study.

Senator Fairbairn: I was taken with your description of "dignified strike" in your country. We have quite lively ones here, all of them underlining, particularly with the nurses, the

partie peut finir par traiter seulement avec des fournisseurs néerlandais en laissant de côté les fournisseurs de l'Allemagne, de la Belgique ou de l'Espagne. De fait, nous n'avons plus le droit de faire cela, car nous avons un seul et unique marché européen où l'accès doit être égal, même l'accès au marché de la santé aux Pays-Bas, pour les fournisseurs des autres pays.

Par conséquent, s'il y a des pénuries au pays et que les responsables d'un hôpital allemand font valoir qu'ils peuvent tout aussi bien traiter les patients dont le nom figure sur une liste d'attente aux Pays-Bas, ils peuvent demander de passer un contrat avec des assureurs néerlandais. En ce moment, les assureurs néerlandais ont de plus en plus tendance à rechercher les contrats conclus avec des parties étrangères. Si cela est bel et bien le cas, si les gens ne peuvent obtenir certains types de soins au pays même, ils ont droit de s'adresser à l'étranger et de faire rembourser les frais par l'assurance sociale.

Il existe actuellement en Espagne des installations spéciales, sous un climat beau et chaud, où les personnes âgées peuvent aller se faire traiter durant les hivers froids et humides que nous connaissons aux Pays-Bas. En termes relatifs, cela coûte même moins cher de leur payer le billet d'avion aller-retour et de les faire traiter là-bas.

Nous avons fait transporter des gens par hélicoptère à destination des États-Unis et de la Grande-Bretagne il y a de cela plusieurs années pour qu'ils aillent subir une chirurgie cardiaque. Toutefois, en ce moment, nous avons une capacité suffisante pour les interventions de cette nature aux Pays-Bas. La plupart des gens préfèrent toujours être traités près de chez eux.

Le sénateur Fairbairn: Bien sûr. Cela est très intéressant: nous avons parfois des cas comme ceux-là au Canada, pour toutes les raisons que j'ai mentionnées, des cas où il y a la volonté d'aller aux États-Unis, ce qui, parfois, ne se fait pas si facilement.

Le Dr Hurts: Il y a actuellement une sorte de résultat négocié entre l'organisation des assureurs et l'organisation des hôpitaux. Il y a un site Internet national que les gens peuvent consulter pour voir ce à quoi ressemblent les listes d'attente dans divers hôpitaux pour diverses interventions. Si les listes d'attente sont trop longues là où ils habitent, ils peuvent choisir d'aller ailleurs. Tout de même, la plupart des gens ne se prévalent pas de cette option; ils préfèrent rester près de chez eux.

Le Dr Björkman: L'information va même faire évoluer ce système-là. L'Europe va peut-être même apprendre quelque chose de l'Amérique du Nord quand elle va commencer à inclure 16 ou 20 pays. Il existe déjà un écart énorme entre les différents taux de morbidité, de mortalité et d'utilisation d'un endroit à l'autre en Europe. Lorsque les Européens auront enfin leur seul et unique marché, ils vont peut-être envier le Canada, car il existe des différences entre la Grèce, le Portugal, l'Allemagne et les Pays-Bas. Toutefois, c'est une question différente, pour une étude différente.

Le sénateur Fairbairn: La description que vous avez faite d'une «grève digne» dans votre pays m'a saisie. Nous avons des grèves bien animées ici — toutes font ressortir, et c'est le cas

difficulties that have developed through cutbacks of some years ago. We are now feeling the pain of those.

The question was raised about prescriptions. In the material that we received here, there was reference to a new drug prescription formulary in Holland, developed by the Dutch Medical Association, and it deals with a system of electronic prescriptions that is becoming popular. I wonder if you could explain that to us.

Dr. Hurts: I wish it would have become popular. This again was a negotiated result between the organization of our GPs and the Dutch government that every GP would use this electronic prescription system in his or her practice. Technically speaking, the facilities are there; every Dutch GP seems to have a computer, has the program, but only a small percentage really use the system. I must say that this is not a good thing. Much energy has been put into it and the result is very disappointing.

Dr. Björkman: Of course, it may take a while for that to be played out, in all fairness. Any technology, including the one we are using today, takes times to get people used to it. The idea has been around for some time — and I know my own physician uses it. I watch what he does and can calculate. Give it a little time, I suppose. I am not quite as pessimistic.

Senator Fairbairn: I presume the purpose is to try to enhance efficiency. Does it also have an impact on costs?

Dr. Hurts: It is expected to have an measurable impact on costs but it is still not proven.

Senator LeBreton: Thank you very much for your time today. I wish to go back to the Sick Fund Act and the Exceptional Medical Expenses Act. I am not clear as to who sets the premiums and what is the relation between the government and these private funds. I was prompted to ask this question after Senator Kirby's question about smokers. Are there set premiums? Are the premiums universal across the country, or are they on a sliding scale? How does that all relate to the government? How is that controlled?

Dr. Hurts: That is simple. For the sickness fund insurance as well as the exceptional medical expenses insurance, the annual premium rates, that is to say the income-dependent premium, is set by government. It is nationwide, there is no difference. The money is centrally collected and put into two separate central funds. Hence, the exceptional medical expenses insurance has a central fund, administered by a non-governmental but official body, and the sick fund insurance has a separate central fund administered as well by a non-government separate body. With respect to the exceptional medical expenses insurance, the fund is used to refund all expenditures made. In the sick fund insurance, the central fund is used to pay risk-adjusted budgets to the sick funds. Out of these risk-adjusted budgets, sick funds are expected

particulièrement de celles des infirmières, les difficultés nées des compressions faites il y a quelques années. C'est aujourd'hui que ces coupes nous font mal.

On a soulevé la question des ordonnances. Dans la documentation que nous avons reçue, il est question d'un nouveau formulaire pharmaceutique pour les Pays-Bas, conçu par l'Association médicale néerlandaise et qui fait intervenir un système d'ordonnances électroniques qui gagne en popularité. Je me demande si vous pourriez nous expliquer cela.

Le Dr Hurts: J'aurais souhaité que cela devienne populaire. C'était, encore une fois, un résultat négocié entre l'organisation des omnipraticiens et le gouvernement néerlandais: tous les omnipraticiens utiliseraient ce système électronique d'ordonnances dans leur cabinet. Du point de vue technique, les installations sont là; tous les omnipraticiens néerlandais semblent avoir un ordinateur, disposent du programme, mais seulement un faible pourcentage utilise vraiment le système. Je dois dire que cela n'est pas une bonne chose. On y a mis beaucoup d'énergie, et le résultat est très décevant.

Le Dr Björkman: Bien sûr, il faudra peut-être attendre un certain temps encore avant que tout cela ne se mette en place, pour être juste. Toute technologie, y compris celle que nous utilisons aujourd'hui, met un certain temps à gagner des adhérents. L'idée circule depuis un certain temps — et je sais que mon propre médecin s'en sert. J'observe ce qu'il fait et je peux faire le calcul. Il faut lui donner un peu de temps, je suppose. Je ne suis pas aussi pessimiste que mon confrère.

Le sénateur Fairbairn: Je présume que l'objectif consiste à améliorer l'efficacité. Cela a-t-il une incidence sur les coûts?

Le Dr Hurts: Cela est censé avoir une incidence mesurable sur les coûts, mais ce n'est pas encore prouvé.

Le sénateur LeBreton: Merci beaucoup du temps que vous nous accordez aujourd'hui. Je veux revenir à la Loi sur les caisses maladie et à la Loi sur les dépenses médicales exceptionnelles. Je ne comprends pas très bien qui fixe les primes et quelle est la relation entre le gouvernement et les caisses du secteur privé dont il est question. C'est la question du sénateur Kirby à propos des fumeurs qui me pousse à poser cette question. Y a-t-il des primes fixes? Est-ce qu'il s'agit de primes universelles qui s'appliquent à l'ensemble du pays, ou encore y a-t-il une échelle progressive? Quel est le lien avec le gouvernement? Comment cela est-il contrôlé?

Le Dr Hurts: C'est simple. Pour l'assurance sur les caisses maladie ainsi que l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles, le taux des primes annuelles, c'est-à-dire des primes qui sont fonction du revenu, est établi par le gouvernement. C'est un taux national, de sorte qu'il n'y a pas de différence d'un endroit à l'autre. L'argent est recueilli grâce à un mécanisme central, puis versé dans deux fonds centraux distincts. De ce fait, l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles comporte un fonds central dont l'administration relève d'un organisme non gouvernemental, mais officiel; et l'assurance sur les caisses maladie comporte un fonds central distinct dont l'administration relève d'un organisme non gouvernemental distinct. Pour ce qui est de l'assurance sur les dépenses médicales

to pay their expenditures. What they lack, they have to ask for from their insured by way of the flat-rate premium, and the level of that flat rate premium they may set themselves.

Senator LeBreton: How often have the premiums been adjusted over the last five or six years? Can it be done on an annual basis. How is it decided that the premiums should go up or down? Mostly up, I suppose.

Dr. Hurts: It depends a lot on the economic situation. In the last few years, we had relatively prosperous economic growth. As such, the average level of incomes has risen and we did not have to raise the premium percentages. They could even come down for sick fund insurance and still more money flows in.

However, the first thing we are looking at is the development of total expenditures, then we look at what we need to finance that, look at the development of the average income of sick fund insured people, and then set the premium percentage, so it is an annual calculation. If I look at the last four years, the percentage has been fairly stable, although expenditures have risen a lot.

Senator Morin: I have three supplementary questions in relation to the points my colleagues have touched on.

I should like to deal with the setting of physician fees. If I understand correctly, GPs are on a capitation basis, and the level is fixed whether the patient is under the sickness funds or private insurance. I would like to come to specialist fees. From the material we have, the fee schedule is different, depending on whether the patient is covered by the sickness fund or whether he is covered by private insurance. If the fees are different — a variable fee means variable services for the same procedure, if that is a fact.

Dr. Hurts: To start with GPs, the capitation system is only for sick fund insured. Private insured people pay a fee for service and there is a tariff for that and that is reimbursed by the insurance. The difference between sick fund tariffs and private tariffs for specialized care has been there but is no longer there.

Senator Morin: Is overbilling permitted under Dutch law, a supplementary fee that is paid by the patient?

Dr. Björkman: No, it is not permitted.

The Chairman: Can a doctor collect X-amount of money from the insurance and bill the patient separately?

Dr. Björkman: No.

exceptionnelles, la caisse sert à rembourser toutes les dépenses engagées. Dans le cas de l'assurance sur les caisses maladie, la caisse centrale sert à pourvoir des budgets rajustés en fonction du risque au profit des caisses maladie. À partir de ces budgets rajustés en fonction du risque, les caisses maladie sont censées assumer les dépenses qu'elles engagent. L'argent qui leur manque, ils doivent le demander aux assurés par la voie de la prime à taux unique, et ce taux unique, elles peuvent l'établir elles-mêmes.

Le sénateur LeBreton: Combien de fois les primes ont-elles été rajustées depuis cinq ou six ans? Peut-on le faire tous les ans? Comment décide-t-on que les primes doivent augmenter ou diminuer? J'imagine que ce serait presque toujours une augmentation.

Le Dr Hurts: Cela dépend beaucoup de la conjoncture économique. Depuis quelques années, nous avons connu une croissance économique relativement bonne. De ce fait, le niveau moyen des revenus a augmenté, et nous n'avons pas eu à accroître les taux de prime. Ils pourraient même diminuer dans le cas des caisses maladie, et davantage d'argent continuerait de rentrer.

Tout de même, le premier facteur qu'il nous faut prendre en considération, c'est le total des dépenses; ensuite, nous étudions ce qu'il nous faut pour financer cela, examinons le revenu moyen des membres des caisses maladie, puis nous fixons le taux de prime — c'est donc un calcul annuel. Si je remonte le cours des quatre premières années, je constate que le pourcentage fixé est demeuré assez stable, même si les dépenses ont beaucoup augmenté.

Le sénateur Morin: J'ai trois questions supplémentaires à poser à propos des questions que mes collègues ont abordées brièvement.

J'aimerais traiter de l'établissement des honoraires des médecins. Si je ne m'abuse, les omnipraticiens sont rémunérés par tête, et le niveau est fixe, que le patient soit membre d'une caisse maladie ou qu'il ait une assurance privée. J'aimerais traiter ensuite des honoraires des spécialistes. D'après la documentation que nous avons, la tarification est différente, suivant que le patient est membre d'une caisse maladie ou qu'il ait contracté une assurance privée. Si les honoraires ne sont pas les mêmes — qui dit frais variables dit services variables pour une même intervention, voilà un fait.

Le Dr Hurts: Commençons par les omnipraticiens: la rémunération par tête ne s'applique qu'aux membres des caisses maladie. Les gens qui ont une assurance privée assument des frais calculés à l'acte, ce pourquoi il y a une tarification et un remboursement de la part de l'assurance. La différence entre les taux des caisses maladie et ceux des assurances privées dans le cas des soins spécialisés est une réalité qui a déjà existé, mais ce n'est plus le cas.

Le sénateur Morin: La loi néerlandaise autorise-t-elle la surfacturation, l'application de frais supplémentaires que le patient assume?

Le Dr Björkman: Non, cela n'est pas permis.

Le président: Un médecin peut-il percevoir tel ou tel montant de l'assurance, puis facturer un montant différent au patient?

Le Dr Björkman: Non.

Dr. Hurts: It is an economic crime if they do that.

The Chairman: Do you mean that it is illegal?

Dr. Björkman: It is illegal, yes.

The Chairman: To follow up on that point, is there anything in the system that motivates a specialist to prefer to deal with the private insurance company rather than with the sickness fund? In other words, how do you avoid a system in which, for example, the very best cardiologist in the country only deals with patients who contribute to the private insurance fund rather than patients from the sickness funds?

Dr. Hurts: There is not a real incentive at the moment because the fees are all the same. When they were different, there may have been an incentive to prefer to treat privately insured patients. It is no longer there. We sometimes even hear from doctors that they prefer to treat sick fund insured people because then they get their payments on time. Many privately insured people only start paying their bills after some months and as a result doctors encounter problems collecting the money they are entitled to; as such, some prefer to have sick fund patients.

Dr. Björkman: If I am not mistaken, the services are delivered through the hospital that the specialist is working in. The hospital is the one that has the global budget, so you do not really have an individual provider to the insurance fund. You have the insurance fund to the hospitals and then to that provider specialist.

The Chairman: What that says to me is that essentially the specialist is completely indifferent as to where the hospital gets its money, since the specialist's source of funds is the hospital.

Dr. Björkman: Right.

Dr. Hurts: The other thing is that in recent years not only our hospitals but even our specialized doctors are on a budget. They know in advance what their income will be so there is no production incentive any more.

The Chairman: That essentially amounts to income controls on physicians, is that right? Again, I know you do not want to call it that, but that is what it is.

Dr. Hurts: On the other hand, please keep in mind that most Dutch doctors regard themselves as self-employed entrepreneurs.

Dr. Björkman: And at good levels of income. There is nothing shameful at all about the income levels of GPs or specialists. It is prestigious.

Senator Keon: I would like to touch the problem of movement within the European Community. In Canada, when we get a fluctuation in physician income, we sometimes have movement to America. Do you experience any movement of physicians within the EC? Is everybody happy?

Le Dr Hurts: C'est un crime économique s'il le fait.

Le président: Dites-vous que c'est illégal?

Le Dr Björkman: C'est illégal, oui.

Le président: Pour donner suite à cela, je poserais la question suivante: y a-t-il un élément du système qui encourage un spécialiste à traiter avec une compagnie d'assurance privée plutôt qu'avec la caisse maladie? Autrement dit, comment faites-vous pour éviter un système où, par exemple, le meilleur cardiologue du pays ne traite qu'avec les patients qui contribuent à une caisse d'assurance privée, plutôt qu'avec les patients membres d'une caisse maladie?

Le Dr Hurts: Il n'y a pas de véritable incitatif en ce moment: les frais sont tous les mêmes. À l'époque où ils étaient différents, les médecins préféraient peut-être traiter le patient ayant une assurance privée. Cela ne vaut plus. Parfois, nous entendons les médecins dire qu'ils préfèrent traiter les membres des caisses maladie parce que, à ce moment-là, ils obtiennent leur paiement à temps. Nombre des gens qui sont assurés dans le privé commencent seulement à payer leur facture quelques mois plus tard, et, de ce fait, les médecins éprouvent des difficultés à obtenir l'argent auquel ils ont droit; de ce fait, certains préfèrent traiter avec les malades membres de caisses maladie.

Le Dr Björkman: Si je ne m'abuse, les services sont dispensés par l'entremise de l'hôpital où travaille le spécialiste. C'est l'hôpital qui a le budget global; il n'y a donc pas vraiment de fournisseurs individuels de la caisse d'assurance. Il y a la caisse d'assurance, puis l'hôpital, et enfin, le fournisseur spécialiste.

Le président: Ce que j'en comprends, essentiellement, c'est que le spécialiste ne se soucie aucunement de la provenance de l'argent qu'obtient l'hôpital, puisque sa source de fonds à lui, c'est l'hôpital.

Le Dr Björkman: Tout à fait.

Le Dr Hurts: L'autre chose, c'est que depuis quelques années, non seulement nos hôpitaux, mais aussi nos médecins spécialisés ont un budget à respecter. Ils savent à l'avance ce que représentera leur revenu, de sorte qu'il n'y a plus d'incitation à la production.

Le président: Essentiellement, cela revient à des contrôles sur le revenu des médecins, n'est-ce pas? Encore une fois, je sais que vous ne vouliez pas utiliser ces termes, mais c'est bien cela.

Le Dr Hurts: Par ailleurs, n'oubliez pas que la plupart des médecins néerlandais se considèrent comme des entrepreneurs a leur propre compte.

Le Dr Björkman: Et qui touchent un bon niveau de revenu. Le niveau de revenu des omnipraticiens et des spécialistes n'a rien pour faire rougir. C'est quelque chose de prestigieux.

Le sénateur Keon: J'aimerais traiter du problème du mouvement à l'intérieur de la Communauté européenne. Au Canada, lorsqu'il y a une fluctuation du revenu des médecins, il y a parfois un mouvement en faveur des États-Unis. Avez-vous eu droit à un mouvement de la part des médecins à l'intérieur de la Communauté? Tout le monde est-il heureux?

Dr. Hurts: No, although I would like to answer that that is the case. We have tried experiments to attract GPs to our inner cities, such as The Hague. We tried to attract 20 GPs from Belgium to work in The Hague. The income of a GP in Holland is much higher than in Belgium. However, the attempt was a total disaster because these people did not want to work here because of the levels of regulation. They were not even interested in the higher income. They were discouraged by the detailed regulation. After a year, they all moved out. These physicians even speak our language.

The Chairman: With regard to the Canadian-U.S. situation, the perception would be that one gets both higher incomes and less regulation. Therefore, there is a huge benefit on the U.S. side.

Senator Morin: To come back to the matter of price setting on drugs by the Dutch state, if I understand correctly an individual can still purchase with his own money, if he wants to, more expensive drugs. Can an individual purchase through private insurance a more expensive drug than what is permitted?

Dr. Hurts: If his or her insurance covers it, yes.

Senator Morin: Is there a two-tiered system vis-à-vis drugs between the sickness fund and the private insurance?

Dr. Hurts: No, that does not necessarily have to be the case because sick-fund insured people can take free additional insurance. Part of the additional insurance might be extra coverage for expensive drugs that are not paid for by the system.

Senator Morin: Finally, I realize that your health costs have remained stable over the last 20 years, but I believe that the absolute numbers have increased by 20 per cent from 1990. In the material you have received from us, Professor Björkman, you will see that there has been a large increase in health costs over the last two years, both in absolute numbers and in relation to GNP. Have you noticed this to be the case in Holland also?

Dr. Björkman: No, we have not really noticed that. We hear that on the North American side for some reason the pressures keep mounting. I wonder myself if a lot of that is demonstration that information is flowing, as one of your colleagues said, not only about now but the potential, what will happen in future.

Here it seems to be quite accepted that we will invest this proportion of our GDP. I have not seen the figure pushing up. As I mentioned, though, every year there is a little to-do about expenditures in health being little higher than have been allocated. When I say "a little more," I can be talking about billions of guilders, but still it is a fraction of the total budget.

Le Dr Hurts: Non, bien que j'aimerais répondre que c'est le cas. Nous avons essayé des expériences pour attirer des omnipraticiens à l'intérieur de nos villes, par exemple à La Haye. Nous avons essayé de convaincre 20 omnipraticiens belges de venir travailler à La Haye. Le revenu d'un omnipraticien aux Pays-Bas est beaucoup plus élevé que celui de l'omnipraticien en Belgique. Toutefois, la tentative a été un échec lamentable, parce que les gens en question ne voulaient pas travailler ici, à cause des niveaux de réglementation. Le revenu plus élevé ne les intéressait même pas. La réglementation détaillée les décourageait. Au bout d'un an, ils sont tous partis. Ces médecins parlaient même notre langue.

Le président: Pour ce qui est de la situation du Canada et des États-Unis, si on se fie à la perception, il y aurait à la fois des revenus plus élevés et des règles moins strictes. Par conséquent, il y a un avantage énorme du côté américain.

Le sénateur Morin: Pour revenir à la question de l'établissement du prix des médicaments par l'État néerlandais, si je comprends bien, une personne peut encore se procurer les médicaments les plus coûteux avec son propre argent, si elle le veut. Une personne peut-elle passer par son assurance privée pour se procurer un médicament plus coûteux que ce qui est permis?

Le Dr Hurts: Si son assurance le couvre, oui.

Le sénateur Morin: Y a-t-il un système à deux vitesses en ce qui concerne les médicaments — entre les caisses maladie et l'assurance privée?

Le Dr Hurts: Non, ça n'a pas forcément à être le cas: les membres des caisses maladie peuvent contracter une assurance complémentaire sans frais. Une partie de l'assurance complémentaire peut concerner les médicaments coûteux qui ne sont pas pris en charge par le régime.

Le sénateur Morin: Enfin, je sais que vos coûts dans le domaine de la santé sont demeurés stables au cours des 20 dernières années, mais je crois que les chiffres absolus laissent voir une augmentation de 20 p. 100 depuis 1990. Dans la documentation que nous vous avons remise, monsieur Björkman, vous constaterez une augmentation notable des coûts des soins de santé au cours des deux dernières années, en chiffres absolus, aussi bien qu'en proportion du PNB. Avez-vous remarqué cela pour les Pays-Bas aussi?

Le Dr Björkman: Non, nous n'avons pas vraiment observé cela. Nous entendons dire que du côté nord-américain, pour une raison ou une autre, les pressions s'accumulent. Je me demande moi-même si cela ne fait pas que démontrer que l'information circule, comme un de vos collègues l'a dit, non seulement à propos de la situation d'aujourd'hui, mais aussi des éventualités, de ce qui peut arriver à l'avenir.

Ici, cela semble très bien admis que nous allons investir telle proportion de notre PIB. Je n'ai pas constaté d'augmentation de cette proportion. Comme je l'ai dit, tous les ans, il y a un petit scandale à propos du fait que les dépenses en santé sont un peu plus élevées que ce qui était prévu. Quand je dis «un peu plus», je peux parler de milliards de florins, mais cela demeure une fraction du budget global.

I am amazed at the amount of stability in the Dutch system, although your colleague might wonder what happens when it Europeanizes, as we start to get regulations across the whole continent.

Dr. Hurts: The real debate is whether, if we loosen up these detailed regulations and leave market forces to do their work, consumer preferences might prove that our population does not want to spend 8 per cent of GDP on health but, rather, 10 or 11 per cent. The big question will then be what our reaction will be.

Senator Morin: Most of it here has been manpower and drugs. These are the two main factors that have increased medical costs in Canada and the U.S.

Dr. Björkman: It is a labour-intensive field, and not just the specialist physicians who get so much attention but all the other people involved. I keep pointing out that the health system is 5 per cent of the entire workforce. A lot of people earn their income from it.

Your colleague mentioned nurses, who have been underfunded for years. Even to bring nurses up to a modest level one suddenly starts to see that financial bulge.

There is also another issue, which is perhaps no longer so popular, but we can choose to spend more on health or on education to have a better quality of life. That is perfectly reasonable. It is not a question of benefiting from having the lowest possible denominator; it is a question of choice. When we move to just a market, I am afraid we miss the point that we can choose how we want to allocate our resources.

Senator Morin: That is a very good point.

Senator Robertson: What will be the effect of the EU on the care that you give in your system? Will there be an eventual commonality of salaries in the EU for nurses, for instance, and other workers in the health system, or will you be allowed to go your own way?

Dr. Hurts: This is again a sensitive matter. In the European treaty, which is the basis for the European Union, social policies, including health care, are set aside for national policies. There is no European policy for the health care sector.

What market forces, for example, in remuneration of services will prove to do I cannot say. I do not expect movement will be very quick in this area. Differences between countries remain large. Sometimes they even grow larger. In other respects, countries are growing closer, but it is a very difficult picture.

As in your country, we have a large shortage of nurses in our hospitals. We tried to bring in nurses from South Africa and Indonesia, but that did not prove to be the solution. We cannot

Je suis tout à fait étonné du degré de stabilité du régime néerlandais, même si vos collègues se demanderont peut-être ce qui se passera quand le régime s'eupéaniserà, quand les règles vont commencer à s'appliquer au continent entier.

Le Dr Hurts: Le véritable débat peut se résumer comme suit: Si nous assouplissons la réglementation détaillée qui existe et laissons les forces du marché faire leur oeuvre, les préférences des consommateurs prouveront peut-être que notre population veut consacrer à la santé non pas 8 p. 100 du PNB, mais plutôt 10 ou 11 p. 100. La grande question est alors la suivante: quelle sera notre réaction?

Le sénateur Morin: La majeure partie de cela, ici, va à la main-d'oeuvre et aux médicaments. Ce sont les deux principaux facteurs qui expliquent l'augmentation des coûts médicaux au Canada et aux États-Unis.

Le Dr Björkman: C'est un secteur où il y a beaucoup de main-d'oeuvre — on parle non seulement des médecins spécialistes qui obtiennent tant d'attention, mais aussi de tous les autres qui mettent la main à la pâte. Je n'arrête pas d'insister sur le fait que le réseau de la santé regroupe 5 p. 100 de la population active totale. Les gens sont nombreux à y gagner leur pain.

Votre collègue a mentionné le cas des infirmières, dont le travail est sous-financé depuis des années. La seule tâche qui consisterait à relever à un niveau modeste le revenu des infirmières laisse voir subitement un gros problème financier.

Il y a une autre question, qui n'a peut-être plus la cote, mais nous pouvons choisir de consacrer plus d'argent à la santé ou à l'éducation pour avoir une meilleure qualité de vie. C'est parfaitement raisonnable. Il ne s'agit pas de profiter de la situation en choisissant le plus petit dénominateur commun; c'est une question de choix. Si nous privilégions une seule option, je crains que nous passions à côté du fait que nous pouvons choisir la façon de répartir nos ressources.

Le sénateur Morin: C'est très bien dit.

Le sénateur Robertson: Quel sera l'effet sur l'Union européenne des soins que vous dispensez dans votre régime? Est-ce qu'il finira par y avoir des salaires communs dans l'Union européenne pour les infirmières, par exemple, et pour d'autres travailleurs du réseau de la santé, ou encore aurez-vous le droit de choisir votre propre voie?

Le Dr Hurts: C'est, encore une fois, une question délicate. Dans le traité européen, qui jette les fondements de l'Union européenne, les politiques sociales, et notamment la politique de la santé, sont considérées comme des politiques nationales. Il n'y a pas de politique européenne pour le secteur de la santé.

L'effet qu'auront les forces du marché sur la rémunération des services, par exemple, je ne saurais le dire. Je ne crois pas que les choses vont évoluer très rapidement à cet égard. Les différences entre les pays demeurent très grandes. Parfois, elles s'agrandissent même. À d'autres égards, certains pays se rapprochent, mais c'est un tableau très difficile à saisir.

Comme c'est le cas dans votre pays, nous avons aussi une grande pénurie d'infirmières dans nos hôpitaux. Nous avons essayé de faire venir des infirmières d'Afrique du Sud et

find them in other European countries at the moment. We are still a long way from a European labour market.

Dr. Björkman: A very important point — and I say this for our European friends, too — is that we have to talk in decades and we have to watch big systems like yours or even that of the U.S that have much variation within the same system. An important question is how much variation Holland will accept. We drive towards standardization for some type of equalization but not at the point of equality of service, a point I tried to raise much earlier.

It strikes me that the Europeans have made a mission of trying to raise everyone to a good quality level but have never talked about the possibility that there might be some parts of the system that reduce services. Again, as soon as that happens, one has political dynamite. The European Union properly is moving very slowly, but in a direction that is working towards, over a generation of 20, 30 years, of having more exchange, although we will have language problems and culture problems. Even when talking about the Belgians and the Dutch, one cannot cross the border easily, as easily as one can move from Vancouver to St. John's.

The Chairman: Just as a supplementary comment on dynamite. Essentially, the dynamite in our system has resulted from using waiting lines as the rationing system. Once the waiting-line issue became large enough to be noticeable, partly because of high-profile cases and partly because more and more people knew friends and relatives who were subjected to what was viewed as an intolerable waiting line, there was never any expectation that the waiting line would be zero. Equally, although there is no publicly stated objective of what a reasonable waiting line is, the dynamite here occurred as the waiting lines became noticeable to the average person. Therefore, the rationing system became real as simply a news story about cutting money.

Senator Graham: A number of witnesses who have come before the committee have advocated more spending on preventive programs. Can you explain to us what the situation in that respect might be in the Netherlands, and if so where the money would come from?

Dr. Björkman: I will begin, and then Dr. Hurts can correct me with more facts. The Dutch system, like the European and the North American, puts precious little money into preventive care and health education. Part of the pressure comes from acute care, chronic care and the various forms of immediate use where at least 90 or 95 per cent of the money goes. Of course, anyone who is aware that all people will ultimately die but can be given a quality of life in the interim will begin to put their emphasis on early screening, anticipating and telling people about proper diet, all to go into preventive medicine. It is like the homily in Sunday

d'Indonésie, mais cela ne s'est pas révélé être la solution tout indiquée. Nous ne pouvons en trouver dans d'autres pays d'Europe en ce moment. Nous sommes encore très loin d'un marché du travail européen.

Le Dr Björkman: Voici une question très importante — et je le dis également pour nos amis européens —, il faut envisager que cela prend des décennies et il faut observer les grands réseaux comme le vôtre ou même celui des États-Unis, où les écarts sont très grands à l'intérieur même du réseau. Une question importante consiste à savoir quel écart les Pays-Bas sont prêts à accepter. Nous poussons pour l'uniformisation d'un type quelconque de péréquation, mais ce n'est pas au point où ce sera l'égalité des services, ce que j'ai essayé de faire valoir plus tôt.

Cela me frappe de constater que les Européens se sont donné pour mission d'essayer de relever tout le monde à un bon niveau de qualité, mais je n'ai jamais entendu parler de la possibilité que certains éléments du système réduisent les services. Encore une fois, dès que cela arrive, c'est de la dynamite sur le plan politique. L'Union européenne fait comme il se doit et bouge très lentement, mais dans un sens qui fait que, sur une génération, une période de 20 ou 30 ans, il y aura davantage d'échanges, même si nous allons toujours avoir des problèmes linguistiques et des problèmes culturels. Même là où il est question des Belges et des Néerlandais, on ne peut traverser la frontière facilement, aussi facilement que l'on peut aller de Vancouver à St. John's.

Le président: J'ai une observation supplémentaire à propos de la dynamite politique. Essentiellement, la dynamite, dans notre système, provient du fait que les files d'attente servent de moyen de rationnement. Une fois que le problème des listes d'attente est devenu assez important pour être remarqué, ce qui était dû en partie à des cas fortement médiatisés et en partie au fait que les gens étaient de plus en plus nombreux à connaître un ami ou un parent qui a été assujéti à une attente jugée intolérable, personne ne s'est jamais attendu à ce que la période d'attente soit ramenée à zéro. De même, aucune autorité publique n'affirme ce à quoi ressemblerait une liste d'attente raisonnable, mais cela est devenu de la dynamite politique lorsque les listes d'attente sont devenues un phénomène remarqué par la personne moyenne. Par conséquent, le système de rationnement est devenu réel simplement en tant que reportage médiatique sur les compressions.

Le sénateur Graham: Plusieurs des témoins que nous avons accueillis préconisaient une augmentation des dépenses consacrées aux programmes de prévention. Pouvez-vous nous expliquer quelle est la situation à cet égard aux Pays-Bas et, si vous dépensez pour cela, d'où vient l'argent?

Le Dr Björkman: Je commencerai, puis le Dr Hurts peut me corriger en étoffant. Le réseau néerlandais, à l'exemple des réseaux en Europe et en Amérique du Nord, consacre très peu d'argent à l'éducation sanitaire et aux soins préventifs. Les pressions proviennent en partie des soins de courte durée, des soins chroniques et des divers recours immédiats, ce qui représente au moins 90 ou 95 p. 100 de l'argent investi. Bien sûr, quiconque est conscient du fait que chacun doit mourir un jour, mais qu'il peut vivre et profiter d'une bonne qualité de vie dans l'intervalle commencera à insister sur le dépistage rapide, la

morning church — you know it is the right thing to do. However, when it comes to week-a-day practice, one has to attend to the immediate tasks, which is caring for people and attempting to cure them or attempting to cope with them.

My hunch is that if we look at preventive figures in the Netherlands, it will be a fraction higher than in North America, but it will not be dramatic because the organized interests that we have been discussing for the last couple of hours will keep putting pressure on using available money to provide direct care. When we talk about prevention in health, we are talking about long-range issues. At that point, you enter housing, proper employment, all the issues of a quality life, because those affect health.

Dr. Hurts: The other problem is that it is somewhat difficult to bring in the right incentives for preventive measures in an insurance system. What would be the interest of an insurer to finance preventive measures?

Part of our prevention programs are financed through the exceptional medical expenses insurance and are therefore accessible for the whole population. That is more or less the traditional part of prevention.

Senator Graham: So there is no push in the Netherlands for more preventive health care programs, is there?

Dr. Hurts: Not as much as we would like.

Dr. Björkman: I recall some hideous statistic in the U.S. that something like one half of all health dollars are spent in the last year of a person's life — a heavy impact at the end of the life cycle. That might be quite appropriate because that is both your due and a proper social gesture. If you directed even a fraction of that money toward prevention, you may not only provide quality life for people longer, but also provide those elderly with a better chance to face the terminal end of life. These are really big questions. The only answer I see is not through an insurance company and premiums, but rather whether one chooses politically to make that a policy, one you are willing to implement and not just espouse.

Senator Graham: To come back for a moment to the cost of pharmaceuticals, is there a problem of overprescribing in your country? Is there a check on physicians in this respect?

For example, there might be a situation where a general practitioner would have many patients and be pressed by the parent or the individual for some drug for a child or for a senior citizen. Is there any check on this problem, if it is a problem?

Dr. Hurts: Yes, it is a problem, I suppose. I do not know exactly how big it is. No, there is no check on it. There is a special problem in our bigger cities where many foreigners live. We have many people from countries like Turkey, Tunisia and Morocco

prévoyance, les bons conseils en matière d'alimentation, tout ce qui fait la médecine préventive. C'est comme le sermon que l'on entend le dimanche matin à l'église — on sait que c'est ce qu'il faut faire. Toutefois, durant la semaine, il faut parer au plus pressé, c'est-à-dire soigner les gens et essayer de guérir leur état ou les aider à composer avec le problème.

Mon instinct, c'est que si nous étudions les chiffres de prévention pour les Pays-Bas, nous constaterons qu'ils sont légèrement plus élevés qu'en Amérique du Nord, mais ce ne sera pas une différence marquée puisque les intérêts organisés dont nous discutons depuis quelques heures continueront de faire pression pour que l'argent disponible serve aux soins directs. Quand nous parlons de prévention dans le domaine de la santé, nous parlons de questions à long terme. À ce moment-là, il est question des conditions de logement, des conditions de travail, de toutes les questions qui touchent la qualité de vie, car elles ont une incidence sur la santé.

Le Dr Hurts: L'autre problème, c'est qu'il est quelque peu difficile d'instaurer les bonnes mesures d'incitation, celles qui permettront d'établir des mesures de prévention dans un régime basé sur l'assurance. Quel intérêt pourrait avoir un assureur à financer des mesures de prévention?

Nos programmes de prévention sont financés en partie grâce à l'assurance sur les dépenses médicales exceptionnelles; ils sont donc accessibles à l'ensemble de la population. C'est plus ou moins l'élément traditionnel de prévention.

Le sénateur Graham: On ne fait donc pas pression, aux Pays-Bas, pour étoffer les programmes préventifs en santé?

Le Dr Hurts: Pas autant que nous le souhaiterions.

Le Dr Björkman: Cela me rappelle une statistique épouvantable concernant les États-Unis: quelque chose comme la moitié de tout l'argent consacré à la santé est dépensé durant la dernière année de vie de la personne — un impact énorme à la fin du cycle de vie. Cela est peut-être tout à fait approprié, car cela vous est dû et que c'est ce qu'il convient de faire sur le plan social. Si on ne prenait ne serait-ce qu'une fraction de cet argent pour la consacrer à la prévention, non seulement on assurerait la qualité de la vie, mais en plus on fera en sorte que les aînés seront mieux préparés à faire face au stade terminal de la vie. Ce sont là de grandes questions. La seule réponse que je puisse voir concerne non pas une compagnie d'assurance et des primes, mais plutôt la volonté de choisir, politiquement, d'adopter cette politique, politique qu'on est prêt à mettre en place et non seulement à faire valoir.

Le sénateur Graham: Pour revenir un instant au coût des produits pharmaceutiques, y a-t-il trop d'ordonnances qui sont établies dans votre pays? Surveille-t-on les médecins à cet égard?

Par exemple, il peut y avoir une situation où un omnipraticien qui compte de nombreux patients fait l'objet de pressions de la part du parent ou de la personne pour qu'il prescrive un médicament pour un enfant ou une personne âgée. Surveille-t-on cela, est-ce un problème?

Le Dr Hurts: Oui, c'est un problème, je suppose. Je ne sais pas quelle ampleur il prend. Non, on ne surveille pas cela. Il y a un problème particulier dans nos grandes villes, là où il y a un grand nombre d'étrangers. Nous accueillons un grand nombre de

working in our country and living here. In the elder generations of these people, most do not speak very much Dutch. Thus their contact with their GP is not that good. Even if they get a prescription, there is a good chance they will never take the drugs. There are now some experiments going on in Rotterdam where special interpreters are added to the practice of the GP in order to prepare these people to pose their questions to the doctor. They help the doctor to communicate with these people. They give information about pharmaceuticals prescribed, which results in more of these people taking their medicine. The health results coming out are far better. The total costs are lower than if they do not do it.

Dr. Björkman: It is like the dog that does not bark in the night. If one looks at newspaper reports of investigative journalism, I do not recall hearing in 10 years any dramatic story of people who have overprescribed. I have a sense that the providing community, that is, the professional, does a certain amount of self-policing to ensure that people do not just pill-pop. As far as I know, there has not been any incentive not to do that; but if it had been happening, I trust the investigative journalists to have found it out.

Senator Graham: I was only asking the question in the sense of overprescribing and driving health care costs upwards.

Dr. Hurts: There is no incentive for governments to do a thing like that. What we hope will happen in our system is that the pharmacist would have a certain control over what patients are taking for drugs, especially if they are treated by several doctors at one time. However, on average, that does not work that well. Elderly people sometimes have 10, 12 or 16 different types of medicine to take. There is not really a firm control on whether that is a wise thing to do or not. Sometimes their GP will assist with the control, sometimes their pharmacists will do it. Many times, it will not happen and there is no control.

Senator Keon: In Canada, at least some of us are hoping that we are evolving to a national health information system. You have before you the blue book from CIHI, which is an attempt in the last couple of years to provide at least some of the data we have available. From a national health information system, if we ever get it up and running, we will have outcomes information and population health information. We would then be able to target our major health problems on a health population basis and direct our expenditures to the control and elimination of some of the major health problems that confront us.

Where are you going in this direction? The British, for example, are ahead of us in this direction. Could you describe to us where you are in relation to this?

personnes provenant de pays comme la Turquie, la Tunisie et le Maroc, qui viennent travailler aux Pays-Bas et y habitent. Parmi les vieilles générations, ces gens ne parlent pas beaucoup le néerlandais. Par conséquent, leur contact avec leur omnipraticien n'est pas très bon. S'ils se font prescrire un médicament, les probabilités sont bonnes qu'ils ne le prennent jamais. On effectue des expériences à Rotterdam: là, des interprètes spécialement formés travaillent dans les cabinets des omnipraticiens pour préparer les gens en question à poser des questions au médecin. Ils aident le médecin à communiquer avec les gens. Ils donnent des renseignements sur les produits pharmaceutiques prescrits, de sorte qu'un plus grand nombre de personnes prennent leurs médicaments. Les résultats, sur le plan de la santé, sont nettement meilleurs. Les coûts globaux sont moins élevés qu'ils le seraient si on n'offrait pas cela.

Le Dr Björkman: C'est comme le chien qui n'aboie pas au milieu de la nuit. Si on regarde les enquêtes que font les journalistes... je ne me souviens pas d'avoir entendu parler, durant les dix dernières années, d'une histoire où trop de médicaments avaient été prescrits. J'ai l'impression que ceux qui prescrivent, les professionnels, s'imposent eux-mêmes une certaine discipline, pour s'assurer que les gens ne font pas que gober des pilules. Autant que je sache, rien ne les incite à faire cela; si, par contre, cela se passait, je crois bien que les journalistes d'enquête auraient mis le problème au jour.

Le sénateur Graham: Je posais seulement la question dans le sens où cette pratique aurait pour effet de faire augmenter les coûts des soins de santé.

Le Dr Hurts: Les gouvernements ne sont aucunement incités à faire cela. Ce que nous espérons voir dans notre réseau, c'est que le pharmacien exerce un certain contrôle sur la consommation de médicaments chez les patients, surtout si celui-ci est traité par plusieurs médecins à la fois. Toutefois, en moyenne, cela ne fonctionne pas très bien. Les personnes âgées doivent parfois prendre 10, 12 ou 16 types de médicaments. Il n'y a pas beaucoup de contrôle là-dessus — on ne sait pas très bien si c'est sage ou non. Parfois, l'omnipraticien aidera à exercer le contrôle en question, parfois le pharmacien le fera. Souvent, cela ne se fait pas du tout, et il n'y a aucun contrôle.

Le sénateur Keon: Au Canada, certains d'entre nous au moins espèrent que nous allons aboutir à un système national d'information sur la santé. Vous avez devant les yeux le livre bleu de l'ICIS, ce qui représente une tentative certes, durant les quelques dernières années, de fournir au moins certaines des données dont nous disposons. Le système national d'information sur la santé, si nous parvenons jamais au mettre en place, donnera des informations sur les résultats et des informations sur la santé de la population. Alors, nous allons pouvoir nous concentrer sur les principaux problèmes de santé à partir de données démographiques et prévoir nos dépenses de manière à contrôler et éliminer certains des grands problèmes de santé auxquels nous faisons face.

Que faites-vous en ce sens? Les Britanniques, par exemple, sont en avance sur nous à ce chapitre. Pouvez-vous nous décrire là où vous en êtes dans ce dossier?

Dr. Hurts: I am afraid we are lagging a bit behind in these developments. What is realized at the moment is that as the Dutch system is going to move into a direction of more responsibilities for insurers and suppliers of care and less government involvement everyone agrees that there should be more information on the outcome of the system. In other words, what are the results of the money brought into the system? At the moment, we would like to know a lot more about that. We are aware that there are other countries producing better results. This is really an area in which we should do a lot of work.

Dr. Björkman: It is true that there are now waiting lists by institutions posted on the Internet. Waves of information are becoming accessible. In fact, as health services research works it through, you do find value for money and the outcomes of that particular investment. I want to endorse what you were saying in the sense that if you have information and if you can access it properly, you target well. If you target well, then you get that return on your investment. I believe very strongly in a solid information base. It cannot be the only thing, but like every data system, garbage in, garbage out. It is a question of the quality of the information, so then you are actually using it well.

I have discovered that my professional friends often disagree about what is proper information, what is usable and not. In concept, it is absolutely right; in practice, there is a lot discussion about what is appropriate.

The Chairman: My question goes back to the beginning when we talked about whether you are likely to move more in the direction of a competitive market system. It is my impression that you are not looking at the kinds of changes that have taken place in the U.K., for example, where there have been deliberate attempts by the government to set up a competitive market. Is it a fair conclusion that you are happy with the competition that exists between sickness funds and so on and that moving to a more direct market-based system is not on your agenda?

Dr. Björkman: I would say yes. About eight years ago, I was asked to do a quick scan of the issues we are talking about today. After doing that, I concluded that if it is not broke we should not fix it. It turns out that the system has built in a variety of competitions in the payers, the providers, the institutions, and even in the information we were just speaking about. Therefore, why would one attempt to revolutionize any of it? I would say, rather, let it play itself out.

I give the Dutch system very high marks in my comparative terms. Of course, more is not enough. You can always do more. However, looking at the world scale, this is a very healthy system.

Le Dr Hurts: Je crains que nous soyons un peu en retard à cet égard. Ce dont on prend conscience en ce moment, c'est qu'à mesure que le réseau néerlandais incite les assureurs et les fournisseurs de soins à prendre en charge des responsabilités plus grandes et que l'État prend de moins en moins de place, tout le monde s'entend pour dire qu'il doit y avoir plus d'information sur les résultats du système. Autrement dit, quel résultat donne l'argent investi dans le système? En ce moment, nous aimerions en savoir beaucoup plus là-dessus. Nous sommes conscients du fait que d'autres pays obtiennent de meilleurs résultats. C'est vraiment un secteur où nous devrions nous mettre au boulot.

Le Dr Björkman: Il est vrai que des établissements affichent maintenant leur liste d'attente sur Internet. Ce sont des vagues d'information qui deviennent accessibles. De fait, au fur et à mesure que les recherches sur les services de santé se font, on trouve des choix intéressants du point de vue de l'optimisation des ressources et des résultats des investissements particuliers en question. J'appuie ce que vous disiez: si vous avez l'information et que vous pouvez y accéder convenablement, vous pouvez cibler convenablement. Si vous ciblez convenablement, vous obtenez un bon rendement en échange de l'investissement. J'ai la conviction qu'une bonne base d'information est une bonne idée. On ne saurait s'en tenir à ça, mais c'est comme tous les systèmes de données — si les données inscrites sont erronées, les résultats produits sont erronés. Tout a trait à la qualité de l'information et à la qualité de l'utilisation qu'on en fait.

J'ai constaté que mes amis professionnels sont souvent en désaccord avec ce qui est considéré comme constituant une information correcte, ce qui peut servir et ce qui ne peut pas servir. Sur le plan théorique, c'est tout à fait juste; sur le plan pratique, il y a encore beaucoup de discussions sur ce qui est convenable.

Le président: Je reviens au début. Nous discutons du fait pour vous de cheminer davantage vers un marché concurrentiel. J'ai l'impression que vous n'envisagez pas le genre de changements qui ont été mis en place au Royaume-Uni, par exemple, là où le gouvernement a délibérément cherché à établir un marché concurrentiel. Est-ce juste de conclure que vous êtes heureux du fait qu'il existe une certaine concurrence entre les caisses maladie et ainsi de suite et que vous n'envisagez pas de passer à un système plus direct fondé sur le marché?

Le Dr Björkman: Je dirais que oui. Il y a environ huit ans, j'ai été appelé à faire un survol rapide des questions dont nous discutons aujourd'hui. Après avoir fait cela, j'ai conclu qu'on ne remplace pas une formule qui fonctionne bien. Il s'avère que le système a intégré une série d'éléments de concurrence en ce qui concerne les payeurs, les fournisseurs, les établissements et même l'information dont nous venons de parler. Pourquoi donc en transformer radicalement un élément quelconque? Je dirais plutôt: laissez les choses se dessiner elles-mêmes.

En termes comparatifs, j'accorde au réseau néerlandais une très bonne note. Bien sûr, il y a toujours plus à faire. On peut toujours en faire plus. Toutefois, si on regarde ce qui se passe dans le monde, on voit qu'il s'agit là d'un réseau qui est en très bonne santé.

Dr. Hurts: I think there is much that can be improved in our system. Our national cultural needs and wants are such that we will never have true market forces in our health insurance system. I believe that there will be more market-like incentives brought into the system, without having a true market system. We will always keep things like solidarity very high on our list of national wishes so we will always end up with mixed systems. I think there will be a shift in the direction of market-oriented incentives in every part of the system.

The Chairman: Thank you very much for taking the time to be with us. We appreciate it very much; it has been extremely helpful. We hope to meet you face to face some time.

The committee adjourned.

Le Dr Hurts: Je crois qu'il y a beaucoup de choses à améliorer dans notre réseau. Nos besoins et nos désirs culturels nationaux sont tels que nous n'allons jamais laisser agir entièrement les forces du marché en ce qui concerne notre réseau d'assurance-santé. Je crois que plus de mesures incitatives propres au marché libre seront intégrées au système, sans que cela soit un véritable système de marché. Des questions comme la solidarité figureront toujours au haut de la liste de nos souhaits nationaux, de sorte que nous allons toujours nous retrouver avec un système mixte au bout du compte. Je crois qu'il y aura adoption de mesures incitatives axées sur le marché dans chacun des éléments du système.

Le président: Merci beaucoup d'avoir pris le temps de témoigner devant nous. Nous l'apprécions énormément; votre témoignage s'est révélé extrêmement utile. Nous espérons bien pouvoir vous rencontrer en chair et en os un jour.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

(BY VIDEO CONFERENCE)

*From the Ministry of Health, Welfare and Sports of the
Netherlands:*

Dr. Hugo Hurts, Deputy Director, Health Insurance Division.

(PAR VIDÉOCONFÉRENCE)

*Du Ministère de la santé, du bien-être et des sports des
Pays-Bas:*

Dr Hugo Hurts, directeur adjoint, Division de l'assurance-santé.

(BY VIDEO CONFERENCE)

*From the International Institute of Social Studies of the
Netherlands:*

Dr. James Björkman.

(PAR VIDÉOCONFÉRENCE)

De l'Institut international d'études sociales des Pays-Bas:

Dr James Björkman.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, May 30, 2001

Le mercredi 30 mai 2001

Issue No. 16

Fascicule n° 16

Fourteenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Quatorzième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Pépin
DeWare	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator DeWare substituted for that of the Honourable Senator LeBreton (*May 30, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Pépin
DeWare	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modification de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur DeWare est substitué à celui de l'honorable sénateur LeBreton (*le 30 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, May 30, 2001
(17)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 160-S, Centre Block, at 3:44 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, DeWare, Kirby, Morin, Robertson and Roche (7).

Other senators present: The Honourable Senator Beaudoin (1).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:*From Health Canada:*

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Jérôme Berthelette, Special Advisor, Office of the Special Advisor Aboriginal Health, First Nations Inuit Health Branch;

Dr. Peter Cooney, Acting Director General, Non-Insured Health Benefits, First Nations and Inuit Health.

From Indian and Northern Affairs Canada:

Chantal Bernier, Assistant Deputy Minister, Socio-economic Development Policy and Programs;

Terry Harrison, Director, Social Services and Justice.

From the Assembly of First Nations:

Elaine Johnston, Director of Health Services.

From the Métis National Council:

Gerald Morin, President.

From the Native Women's Association of Canada:

Michelle Audette, Acting president and President of the Native Women Association of Quebec.

From the Congress of Aboriginal Peoples:

Scott Clark, President, United Native Nations.

From Inuit Tapirisat of Canada:

Larry Gordon, Member ITC, Health Committee.

From the Pauktuutit Inuit Women's Association:

Veronica N. Dewar, President.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 30 mai 2001
(17)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 44, dans la salle 160-S de l'édifice du Centre, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, DeWare, Kirby, Morin, Robertson et Roche (7).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Beaudoin (1).

Également présents: Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités de la législation privée: Josée Thérien, commis législatif.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:*De Santé Canada:*

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits;

Jérôme Berthelette, conseiller spécial, Bureau du conseiller spécial en matière de santé des Autochtones, Direction générale des Premières nations et des Inuits;

Peter Cooney, directeur général intérimaire, Services de santé non assurés, Direction générale des Premières nations et des Inuits.

Des Affaires indiennes et du Nord Canadien:

Chantal Bernier, sous-ministre adjointe, Programmes et politiques socio-économiques;

Terry Harrison, directrice, Services sociaux et justice.

De l'Assemblée des premières nations:

Elaine Johnston, directrice, services de santé.

Du Ralliement national des Métis:

Gerald Morin, président.

De l'Association des femmes autochtones du Canada:

Michelle Audette, présidente intérimaire et présidente des femmes autochtones du Québec.

Du Congrès des peuples autochtones:

Scott Clark, président, United Native Nations.

De l'Inuit Tapirisat du Canada:

Larry Gordon, membre ITC, Comité de la santé.

De l'Association des femmes inuites de Pauktuutit:

Veronica N. Dewar, présidente.

From the National Aboriginal Health Organization:

Dr. Judith Bartlett, Chair;
Richard Jock, Executive Director.

From the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal
People's Health.

From the Wikwemikong Health Centre:

Ron Wakegijig, Healer.

*From the National Indian and Inuit Community Health
Representatives Organization:*

Margaret Horn, Executive Director.

The Chairman made a statement.

Mr. Potter made a statement. Ms Bernier made a statement. The
witnesses answered question

Ms Johnston made a statement. Mr. Morin made a statement.
Mr. Gordon made a statement. Mr. Clark made a statement.
Ms Audette made a statement. Ms Dewar made a statement. The
witnesses answered questions.

At 6:58 p.m., the sitting was suspended.

At 7:09 p.m., the sitting was resumed.

The Chairman made a statement.

Dr. Bartlett made a statement. Dr. Reading made a statement.
The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement.

Ms Horn made a statement. Mr. Wakegijig made a statement.
The witnesses answered questions.

At 8:33 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

De l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones:

Dre Judith Bartlett, présidente;
Richard Jock, directeur exécutif.

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Dr Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des
Autochtones.

Du Wikwemikong Health Centre:

Ron Wakegiig, guérisseur.

*De l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en
santé communautaire:*

Margaret Horn, directrice exécutive.

Le président fait une déclaration.

M. Potter fait une déclaration. Mme Bernier fait une
déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Mme Johnston fait une déclaration. M. Morin fait une
déclaration. M. Gordon fait une déclaration. M. Clark fait une
déclaration. Mme Audette fait une déclaration. Mme Dewar fait
une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 18 h 58, la séance est suspendue.

À 19 h 09, la séance reprend.

Le président fait une déclaration.

Mme Bartlett fait une déclaration. M. Reading fait une
déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration.

Mme Horn fait une déclaration. M. Wakegiig fait une
déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 20 h 33, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de
la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, May 30, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:44 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, this is the one session of the committee on the subject of the federal government and the actual delivery of health care services. As you know, the health care policy from the federal government's standpoint is largely a policy issue, not a delivery issue. Today we will hear from the people who are responsible for delivering the services. They are essentially people from Health Canada and Indian and Northern Affairs Canada, followed by presentations from various Aboriginal groups who receive these health services. That is our agenda for the next three hours.

We have with us Ian Potter, the Assistant Deputy Minister for First Nations and Inuit Health Branch at Health Canada, with his officials, and we have Chantal Bernier, the Assistant Deputy Minister of Socio-economic Development Policy and Programs for Indian and Northern Affairs Canada.

Mr. Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada: I am joined today by Jerome Berthelette, the senior Aboriginal Health Adviser in Health Canada, and Dr. Peter Cooney, who is the Director General of the Non-Insured Health Benefits Program, which is an insurance program that provides supplementary health services for First Nations and Inuit.

I have left with the clerk of the committee a presentation that you may have before you, in French and English. It covers a few points. It describes what the First Nations and Inuit Health Branch is. It indicates who the people are that we serve, the programs and services that we provide, the challenges we face, and some discussion about future directions. I will go through these quickly. If you want to follow along, there is a presentation that might help.

First Nations Inuit Health Branch is a branch that actually provides health care services on reserves and provides both the curative interventions in certain situations. It also provides health promotion and environmental health services, public health services, and general promotional health and population health type initiatives.

Our objectives are to improve health outcomes for First Nations and Inuit; to assist First Nations and Inuit to access to quality health services; and to support greater control by First Nations and Inuit over programs and services in health.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 30 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 15 h 44 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Chers collègues, nous tenons aujourd'hui notre seule séance sur le gouvernement fédéral et la prestation des services de santé. Comme vous le savez, pour le gouvernement fédéral, la politique en matière de soins de santé est essentiellement une question de politique et non pas de prestation de services. Nous accueillons aujourd'hui des représentants de Santé Canada et d'Affaires indiennes et du Nord Canada, et nous entendrons ensuite des exposés par des représentants de divers groupes autochtones qui bénéficient de ces services de santé. Voilà donc notre programme des trois prochaines heures.

Nous accueillons Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, accompagné de ses collaborateurs, et nous accueillons également Mme Chantal Bernier, sous-ministre adjointe, Programmes et politiques socio-économiques aux Affaires indiennes et du Nord Canada.

M. Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits, Santé Canada: Je suis accompagné aujourd'hui de Jérôme Berthelette, conseiller spécial en matière de santé des Autochtones à Santé Canada, et de Peter Cooney, directeur général intérimaire des services de santé non assurés, soit le programme d'assurance qui offre des services de santé supplémentaires aux Premières nations et aux Inuits.

J'ai remis à la greffière du comité des copies d'un exposé que vous avez peut-être devant vous, en français et en anglais. J'y présente quelques points et je décris en quoi consiste la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. On y donne des précisions sur notre clientèle, les programmes et services que nous fournissons, les défis auxquels nous sommes confrontés ainsi qu'une idée de nos orientations futures. Je vais passer à travers ce document rapidement, mais vous voudrez peut-être suivre ce qui pourrait être utile.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits est l'organisme qui fournit en fait les services de santé sur les réserves et qui prodigue également des soins curatifs dans certaines situations. Nous faisons également la promotion de la santé et nous offrons des services de santé environnementale, d'hygiène publique, en plus de mener des initiatives générales de promotion de la santé en général et de santé de la population.

Pour ce qui est de nos objectifs, nous visons l'obtention de meilleurs résultats cliniques pour les Premières nations et les Inuits; un accès à des services de santé de qualité pour ces populations; et un soutien d'une plus grande prise en charge des programmes et des services de santé par les Premières nations et les Inuits.

I will give a little of our history. The federal government has been in a very concrete way involved in this area and has had an Indian health service since 1904. We started building hospitals in 1917. Our first nurses were hired as part of our programs and services in 1922. By 1924, all reserves had doctors on part-time and nurses involved in the system.

In the latter part of the 1980s and 1990s, we have been involved in devolution of the management, control and delivery of health services to First Nations themselves. Today approximately 80 per cent of the services in the community are managed and delivered by the First Nations themselves. They receive funding from our federal government program, but they are actually operating the services.

[Translation]

The people that we serve, a population of 790,000 members of the First Nations and the Inuit, have extra medical coverage for drugs, dental care and eye care. We serve 389,000 communities and reserves where we provide services directly. According to estimates, population growth among First Nations over the next ten years will be 135,000 people, an increase of 2 per cent per year.

The Aboriginal population is very young, with 40 per cent under the age of 20. Aboriginal people generally live in small villages, and 77 per cent of communities have fewer than 1,000 inhabitants.

[English]

If we compare what has happened in the past with what is happening now, we can see that we have made some significant gains. Since 1979, infant mortality has dropped by half, but it is still about twice the rate of the general population. The life expectancy of a First Nation Inuit has increased in that same time period by about 10 years. We still face significant problems. Heart disease is 1.3 times higher, arthritis is two times higher, and diabetes is four times higher among Aboriginal men.

There are some particularly difficult situations vis-à-vis mental health, and injury. Suicide rates are six times higher in Aboriginal communities; injury rates are three times higher, and TB remains a significant and difficult problem with rates that are eight or 10 times the general population.

The Royal Commission on Aboriginal People made the point that in spite of the significant improvements, a gap in health and well-being between Aboriginal and non-Aboriginal people remains stubbornly wide.

We spend approximately \$1.3 billion a year on the programs and services that we deliver and we provide primary health care services in 198 communities. The communities that are isolated or semi-isolated are the communities to which the federal government delivers health services. We have nurses on site; we

Je vais faire un peu l'historique du service. Le gouvernement fédéral s'intéresse très activement à ce secteur depuis longtemps et participe à la prestation des services de santé aux Premières nations depuis 1904. Nous avons commencé à construire des hôpitaux en 1917. Nous avons embauché nos premières infirmières en 1922. En 1924, toutes les réserves comptaient des médecins travaillant à temps partiel et il y avait des infirmières partout.

À la fin des années 80 et au début des années 90, nous avons commencé à encourager les Premières nations à participer à la gestion, au contrôle et à la prestation des services de santé. Aujourd'hui, environ 80 p. 100 des services de santé communautaires sont gérés et offerts par les Premières nations elles-mêmes. Elles reçoivent le financement nécessaire de notre programme fédéral, mais ce sont elles qui offrent les services.

[Français]

Les gens que nous desservons, une population de 790 000 membres, des Premières nations et des Inuits sont bénéficiaires de l'assurance-maladie supplémentaire pour les médicaments, les soins dentaires, les soins des yeux. Nous servons 389 000 habitants des collectivités ou des réserves où nous donnons un suivi direct. Selon les prévisions, la croissance démographique chez les Premières nations au cours des prochaines dix années sera de 135 000 personnes, soit une augmentation de 2 p. 100 par année.

La population autochtone est très jeune, 40 p. 100 ont moins de 20 ans. D'habitude, les Autochtones demeurent dans les petits villages, 77 p. 100 des collectivités ont moins de 1 000 habitants.

[Traduction]

Si nous comparons le passé au présent, nous constatons que nous avons enregistré des gains importants. Depuis 1979, la mortalité infantile a chuté de moitié, mais demeure tout de même à un taux deux fois supérieur à celui de la population générale. L'espérance de vie dans les Premières nations et chez les Inuits a augmenté de 10 ans au cours de la même période. Nous sommes toujours aux prises avec d'importants problèmes. Les maladies du cœur sont 1,3 fois plus élevées, l'arthrite, deux fois plus élevée et le diabète est quatre fois plus élevé chez les hommes autochtones.

Nous sommes toujours aux prises avec d'importants problèmes dans le domaine de la santé mentale et des blessures. Le taux de suicide est six fois plus élevé dans les communautés autochtones; le taux des blessures est trois fois plus élevé et la tuberculose demeure un problème important et difficile à régler puisque les taux sont de huit à dix fois supérieurs à ce qu'on trouve dans la population générale.

La Commission royale sur les peuples autochtones a souligné que malgré des améliorations considérables, l'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones demeure extrêmement grand au niveau de la santé et du bien-être.

Nous consacrons environ 1,3 milliard de dollars par année à nos programmes et services, dont des services de traitement de première ligne dans 198 collectivités. C'est dans les collectivités isolées ou semi-isolées que le gouvernement fédéral offre des services de santé. Nous avons des infirmières sur place; nous

operate clinics and handle emergencies and the day-to-day nursing and health care of the people in the communities.

We provide public health service in about 435 communities. We provide prevention and promotion programs such as Aboriginal Head Start, programs to avoid chronic diseases or to avoid infectious diseases in more than 700 communities.

We also have an extensive addictions program where we fund 64 treatment centres and we fund addiction treatment workers in the Aboriginal communities.

The health insurance program that we operate is the largest health insurance program in the federal government. It is one of the largest health insurance programs in the country. This is a supplementary health insurance program. We cover 690,000 people for drugs, dental, vision and access to medical services.

I have given to the Clerk of the Committee a detailed map that shows the distribution of the communities that we serve. We operate in many communities across Canada; we do not operate directly in the Northwest Territories and Nunavut, but we have agreements with those two territorial governments to manage the services on our behalf. We transferred those responsibilities to the territorial governments as part of the general transfer of health care responsibilities. Outside of that, we essentially provide services from one end of the country to the other.

I have provided a chart that gives an idea of the kind of establishments that we have. We still operate four small hospitals and we are trying to move away from that. We have 77 nursing stations, 217 health centres, and a number of other facilities.

We have a budget of \$1.3 billion, about half of which is spent on non-insured health benefits, which is the insurance program for drugs, vision, et cetera. The other half is spent on community health services, which includes the curative and promotional parts.

With regard to spending on public community services, the largest part is transfers where we have transferred responsibility to First Nations. The other is equally divided among primary care, public health and health promotions.

The largest insurance program expenditure is on pharmaceuticals at approximately \$225 million a year. Next to that is transportation, which is becoming a larger part of our responsibility. Our objectives are to either provide the services or to see that First Nations living on reserves can have access to the services. As provinces have generally centralized services in larger centres, our transportation costs go up because we provide the transportation for people, say, in northern Manitoba to fly to Winnipeg for tertiary or secondary health care services.

avons des cliniques et nous offrons des soins d'urgence ainsi que des soins infirmiers et des soins de santé quotidiens aux populations de ces collectivités.

Nous offrons des services de santé publique dans environ 435 collectivités. Nous offrons des programmes de prévention et de promotion tels que le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones, des programmes de prévention des maladies chroniques et des maladies infectieuses dans plus de 700 collectivités.

Nous avons également un programme d'envergure de lutte contre les toxicomanies dans le cadre duquel nous finançons 64 centres de traitement et des travailleurs en toxicomanie dans les collectivités autochtones.

Le programme d'assurance-maladie que nous offrons est le plus important en la matière au niveau fédéral. C'est un des programmes d'assurance-maladie les plus importants au pays. Il s'agit d'un programme d'assurance-maladie complémentaire qui couvre les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue et l'accès aux services médicaux de 690 000 personnes.

J'ai donné à la greffière du comité une carte détaillée des collectivités que nous desservons. Nous nous trouvons dans de nombreuses localités au Canada; nous n'offrons pas de services directement dans les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, mais nous avons conclu des ententes avec ces deux gouvernements territoriaux afin qu'ils gèrent les services pour notre compte. Nous avons transféré ces responsabilités aux gouvernements territoriaux dans le cadre du transfert général des responsabilités en matière de soins de santé. De plus, nous offrons essentiellement des services d'un bout à l'autre du pays.

J'ai inclus un tableau qui donne une idée du genre d'établissements que nous avons. Nous exploitons toujours quatre petits hôpitaux, mais nous tentons d'abandonner ce genre de service. Nous avons 77 postes de soins infirmiers, 217 centres de soins de santé et plusieurs autres installations.

Sur un budget de 1,3 milliard de dollars, environ la moitié est consacrée aux services de santé non assurés, un programme d'assurance qui paie les médicaments, les soins de la vue, et cetera. L'autre moitié de cette somme est consacrée aux services de santé communautaire, ce qui inclut les services curatifs et la promotion de la santé.

En ce qui concerne les dépenses liées aux services de santé publique, ce sont les transferts des responsabilités aux Premières nations qui en forment la plus grande partie. Le reste est divisé également entre les soins primaires, la santé publique et la promotion de la santé.

La dépense la plus importante du programme d'assurance vient des médicaments, soit environ 225 millions de dollars par année. Ensuite, il y a le transport, qui devient de plus en plus notre responsabilité. Nous avons pour objectif de fournir le service ou de s'assurer que les Autochtones dans les réserves peuvent avoir accès aux services. Parce que les provinces ont d'une façon générale centralisé les services dans les plus grands centres, nos coûts de transport augmentent, car nous fournissons le transport à ceux qui habitent, par exemple, dans le nord du Manitoba pour

Non-insured health benefits cover drugs, dental, medical transport, vision and care. It provides some information on the growth. We are facing significant growth in both the population that we cover and in the costs.

I would like to mention four initiatives that we have recently taken. One is the First Nation and Inuit Health Information System. The government has launched the development of an information system that provides access to much better information on the services that we are providing, the efficacy of those services and the state of health in the communities. That is a gradual program and there is still a large amount of work to do on that front.

The federal government has now introduced a Home and Community Care program to serve First Nations members living on reserves. Last year that budget was \$45 and this year it has doubled to \$90 million.

Another important initiative recently was the introduction of an Aboriginal diabetes initiative. We spend approximately \$11 million a year on that initiative and it is a combination of both improving the services to people with diabetes and supporting primary prevention and promotion to avoid the growth of diabetes in that population.

The Aboriginal Head Start on Reserves is another program the government has recently introduced. This is a broad preventative program. If you can provide good support to children in their early lives, significant health and social benefits will be gained throughout their lives.

We work with the provinces and the territories. Our services have to fit with the provinces. They are the major providers of hospital services and physician services but we work in a variety of different ways. Our program is very decentralized, as you are aware, given the nature of the health service system in Canada.

The First Nations living on reserves are entitled to the insured services that the provinces provide. Therefore, the physicians that visit the centres that we operate are usually reimbursed for their services based on the provincial fee service program. We find that it is difficult to encourage doctors to visit those communities. In many cases, we have arrangements to cover their transportation, or to provide them with guaranteed funds to visit the communities and we just then offset the provincial insured part of their service.

We face the same challenges as the rest of the health care system: a shortage of doctors and nurses. Most of our communities are isolated. Maintaining and attracting physicians and nurses to work in them is a major challenge. Costs are going up significantly as drugs, medical technology and transportation

qu'ils puissent se rendre à Winnipeg recevoir des services de soins de santé secondaires ou tertiaires.

Les services de santé non assurés défraient le coût des médicaments, des services dentaires, du transport médical, des soins de la vue et des soins de santé. Vous pouvez voir qu'il y a croissance. Nous enregistrons une croissance importante de la population que nous assurons et des coûts assurés.

J'aimerais mentionner quatre initiatives que nous avons récemment lancées. Il y a le système d'information sur la santé des Premières nations et des Inuits. Le gouvernement a lancé la mise au point d'un système d'information qui donne accès à une information beaucoup plus précise sur les services que nous offrons, l'efficacité de ces services et le niveau de santé dans les collectivités. Il s'agit d'un programme qui sera mis en place progressivement et il reste encore beaucoup de travail à faire à ce chapitre.

Le gouvernement a maintenant mis en place un programme de soins à domicile et en milieu communautaire à l'intention des Autochtones sur les réserves. L'an dernier, ce budget était de 45 millions de dollars, mais cette année, il a doublé à 90 millions de dollars.

Une autre initiative importante récente est celle sur le diabète chez les Autochtones. Nous consacrons environ 11 millions de dollars par année à cette initiative qui vise à la fois à améliorer les services aux diabétiques et à financer des services de prévention primaire et de promotion afin d'éviter la croissance du diabète dans cette population.

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves est un autre programme mis en place récemment par le gouvernement. Il s'agit d'un vaste programme de prévention. Si on peut offrir de l'aide aux enfants en bas âge, ils en retireront des avantages importants sur les plans social et de la santé pendant toute leur vie.

Nous travaillons en collaboration avec les provinces et les territoires puisque nos services doivent s'intégrer aux leurs. Ce sont les provinces et les territoires qui offrent les services d'hôpitaux et de médecins, mais nous intervenons à divers niveaux. Notre programme est très décentralisé, comme vous le savez, vu la nature même du système de services de santé au Canada.

Les Autochtones qui vivent dans les réserves ont droit aux services assurés fournis par les provinces. Par conséquent, les médecins qui se rendent dans les centres que nous exploitons sont en général rémunérés pour leurs services selon le barème provincial d'honoraires. Nous éprouvons de la difficulté à inciter les médecins à se rendre dans ces localités. Dans de nombreux cas, nous prenons des dispositions pour défrayer leurs coûts de transport, ou nous leur garantissons un certain montant pour qu'ils se rendent dans les localités et nous comblons tout simplement la différence, déduction faite de la tarification provinciale.

Nous faisons face aux mêmes défis que le reste du système de soins de santé: une pénurie de médecins et d'infirmières et infirmiers. La plupart de nos collectivités sont isolées. C'est un grand défi que de garder et d'attirer des médecins et des infirmières et infirmiers pour y travailler. Le coût des

costs increase. We are seeing difficult access to some specialized services. There has been an increase in the rate of diseases, such as diabetes, that require tertiary care and sometimes involve difficult access. We obviously need to work for better coordination with provinces.

Health is linked to the social and economic circumstances in the communities. Those are long-term conditions that we work to change, but they will not change immediately.

I will finish, Mr. Chairman, by saying that the first ministers last fall signed the health accord. It sets out three key goals: to preserve, protect and improve the health of Canadians; to ensure timely access to service; and to ensure the long-term sustainability of health care systems.

A number of underlying items and goals comprise that accord. The accord governs the services that the federal government offers to First Nations and Inuit. The accord really sets much of our future agenda.

The minister has indicated in meetings with provincial ministers of health and with leaders of First Nations and Inuit communities that we are in the process of renewal. We have put in place structures to promote discussion on how the health accord provisions can be implemented in our business and in a manner that respects the kind of collective and collegial way in which we must work with provinces, territories, First Nations and Inuit.

[Translation]

Ms Chantal Bernier, First Nations and Inuit Branch: I am accompanied by Ms Terry Harrison, who is on my right. Ms Harrison is Director of the Social Policy and Program Branch in the sector that I am responsible for, the Socio-economic Development Policy and Programs Sector of Indian and Northern Affairs.

Under its enabling statute, the Department of Indian and Northern Affairs is responsible for all matters involving Indians and Inuit, in the Canadian North, except for areas specifically assigned to another department.

Health is one of those areas. However, although my department is not directly responsible for the health of First Nations and Inuit people, we are responsible for other issues that affect the health of Aboriginal people, including water quality, housing, income security, child and family services, education and economic development.

I would like to describe for you our activities in each of these areas. First of all, with respect to water quality, recent events have reminded us of how important water quality is for health. The department is responsible for infrastructure and for training operators of water treatment plants. For a number of years now, we have increased our efforts through internal budget reallocation to improve facilities. We have recently gone a step further by increasing resources for training programs to involve a larger

médicaments, de la technologie médicale, du transport augmente considérablement. Il devient difficile d'obtenir certains services spécialisés. L'incidence des maladies, tel le diabète, augmente, ce qui entraîne la nécessité de soins tertiaires et parfois un accès difficile. Manifestement, nous devons mieux coordonner ces services avec les provinces.

La santé est liée à la situation sociale et économique dans les localités. Nous travaillons à changer ces conditions qui prévalent depuis longtemps, mais cela ne se fera pas du jour au lendemain.

Je vais terminer, monsieur le président, en disant que les premiers ministres ont signé l'automne dernier l'entente sur la santé. Cette entente établit trois grands objectifs: préserver, protéger et améliorer l'état de santé de la population canadienne; assurer un accès en temps opportun aux services; et assurer la viabilité à long terme du système de santé.

Cette entente repose sur plusieurs éléments et objectifs sous-jacents. Elle régit les services que le gouvernement fédéral offre aux Premières nations et aux Inuits et détermine en fait notre orientation future.

Le ministre a déclaré au cours de réunions avec les ministres provinciaux de la santé et les dirigeants des Premières nations et des Inuits que nous sommes en train de renouveler le système. Nous avons mis en place des structures afin de favoriser des discussions sur la façon de mettre en oeuvre les dispositions de l'entente sur la santé d'une manière qui respecte l'esprit de collaboration et de collégialité qui doit régner lorsque nous travaillons avec les provinces, les territoires, les Premières nations et les Inuits.

[Français]

Mme Chantal Bernier, Direction générale des Premières nations et des Inuits: Monsieur le président, je suis accompagnée par Mme Terry Harrison à ma droite. Mme Harrison est directrice à la Direction générale des programmes sociaux et des politiques sociales dans le secteur que je dirige, le Secteur des politiques et programmes socio-économiques aux Affaires indiennes et du Nord.

Selon sa loi habilitante, le ministère des Affaires indiennes et du Nord est responsable de toutes questions relatives aux Indiens et aux Inuits du Nord canadien, sauf les questions spécifiquement assignées à un autre ministère.

La santé est justement une de ces questions. Cependant, si mon ministère n'est pas directement responsable de la santé des Premières nations et des Inuits, nous sommes responsables d'autres questions qui affectent la santé des Autochtones, notamment la qualité de l'eau, le logement, la sécurité du revenu, les services aux enfants et aux familles, l'éducation et le développement économique.

J'aimerais vous décrire notre intervention dans chacun de ces domaines. D'abord, la qualité de l'eau. Les événements récents nous ont rappelé l'importance de la qualité de l'eau pour la santé. Le ministère est responsable de l'infrastructure et de la formation des opérateurs d'usines de traitement d'eau. Depuis plusieurs années, nous avons accru nos efforts en ce sens par des réallocations budgétaires internes en faveur de l'amélioration des installations. Dernièrement, nous avons encore intensifié nos

number of operators and undertaking a detailed assessment of the condition of water treatment plants to determine infrastructure needs accurately. We are about to carry out an information campaign in the communities to ensure the best possible management of water treatment activities by communities and individuals.

[English]

The quality of housing, particularly in relation to mold and overcrowding, clearly impacts on health. The housing program provides needed support to First Nations and individuals residing on reserves in accessing safe, affordable housing. We recognize that work is required to renovate the number of substandard houses, to build new homes, to reduce overcrowding and to accommodate new family formations, while at the same time addressing health and safety-related issues such as mold contamination.

In July 1996, the government announced a new federal on-reserve housing policy that represented a fundamental shift from the previous approach.

Under the 1996 policy framework, First Nations have increased flexibility in how the funds are to be used. This allows them to develop good governance structures around housing and to be more efficient in responding to community needs.

We are making some progress in improving housing conditions. In the past five years the total number of houses on reserves has increased by more than 13 per cent, rising from approximately 78,000 to approximately 88,000. Over the same period, the percentage of adequate housing has also improved, from about 50 per cent of the houses to 57 per cent of the houses.

[Translation]

The next area is income security. On average, reliance on social assistance in Aboriginal communities was 37.5 per cent in 1990-2000. As a result of the Income Security reforms, we are working in co-operation with the First Nations to develop a new strategic framework for social assistance, so that it becomes a tool to help people become independent and to make the transition from social assistance to the labour market, thus contributing to the well-being of individuals and communities.

Generally speaking, social services contribute to good health, and our department provides a range of social services on reserves. For example, our adult care services help the elderly and disabled adults living on reserves. These services include household help to support people in their day-to-day lives and services in nursing homes where limited care is provided. These services complement those of Health Canada and are part of the complete range of services that we are developing.

efforts en augmentant les ressources aux programmes de formation pour toucher un plus grand nombre d'opérateurs en procédant à l'évaluation détaillée de l'état des usines de traitement d'eau pour établir exactement les besoins relatifs à l'infrastructure. Nous sommes sur le point de mettre en œuvre une campagne d'information dans les collectivités pour assurer la meilleure gestion possible collective et individuelle de la gestion du traitement de l'eau.

[Traduction]

La qualité du logement, particulièrement en ce qui concerne la moisissure et le surpeuplement, a manifestement une incidence sur la santé. Le programme de logement offre un soutien nécessaire aux Premières nations et aux personnes qui vivent dans les réserves, leur permettant d'avoir accès à un logement sécuritaire et abordable. Nous savons qu'il faut rénover les logements insalubres, construire de nouveaux logements, réduire le surpeuplement et loger les nouvelles familles, tout en tentant de remédier à des problèmes liés à la santé et à la sécurité tels que la contamination par la moisissure.

En juillet 1996, le gouvernement a annoncé une nouvelle politique fédérale du logement dans les réserves qui constituait un changement marqué par rapport à l'approche précédente.

Aux termes du cadre stratégique de 1996, les Premières nations ont plus de souplesse quant à l'utilisation des fonds. Cela leur permet de mettre en place de bonnes structures de gouvernance du logement et de répondre plus efficacement aux besoins de leurs collectivités.

Nous enregistrons des progrès dans les conditions du logement. Au cours des cinq dernières années, le nombre total de logements dans les réserves a augmenté de plus 13 p. 100, passant d'environ 78 000 unités à environ 88 000. Au cours de la même période, le pourcentage de logements adéquats a également augmenté, passant d'environ 50 p. 100 des logements à 57 p. 100 des logements.

[Français]

Passons maintenant à la sécurité du revenu. Le taux moyen de dépendance à l'égard de l'aide sociale dans les communautés autochtones était, en 1999-2000, de 37,5 p. 100. Suite à la réforme de la Sécurité du revenu, nous travaillons conjointement avec les Premières nations à l'élaboration d'un nouveau cadre stratégique pour l'aide sociale afin d'en faire un instrument qui favorise l'autonomie, qui aide à la transition pour passer de l'aide sociale au marché du travail, contribuant par le fait même à améliorer le bien-être individuel et collectif.

En général, les services sociaux contribuent à un bon état de santé, et notre ministère fournit un éventail des services sociaux sur les réserves. Par exemple, nos services de soins aux adultes aident les personnes âgées et les adultes souffrant d'un handicap qui résident sur les réserves. Ces services incluent l'aide ménagère, afin d'appuyer les personnes dans leur vie quotidienne, ainsi que des services en résidence où sont fournis des soins limités. Ces services complètent ceux de Santé Canada et font partie d'une continuité de soins que nous sommes à développer.

Other social services include child and family assistance, shelters of victims of family violence and a variety of programs for children, such as the Aboriginal component of the National Child Benefit.

[English]

With regard to education, the correlation between education and health is well established. On average, First Nations have less education than the non-Aboriginal population. The proportion of First Nations adults with less than a grade nine education is significantly higher than that of non-Aboriginal adults. DIAND provides funding for elementary, secondary and post-secondary education and supports a range of employment strategies for youth. This range of programming contributes to improving labour force attachment and labour market outcomes, which in turn alleviates poverty and improves the health status of communities.

[Translation]

Last year, as a result of the Auditor General's report on First Nations education, we intensified our efforts in this area. We worked with First Nations to identify priority areas such as the development of a special education program, which is particularly necessary for First Nations because of the high number of children born with physical or mental disabilities.

Another priority identified was the transfer of responsibility for education to the First Nations, with improvements to technological infrastructure also a key area to focus on.

[English]

The final area is economic development. Economic development and social development go hand in hand and both create the conditions for healthy people and healthy communities. Economic development is one of the keys to addressing the full range of conditions on reserve in a sustainable way and to give the hope that is essential to mental well being.

We need to build strong foundations that will ensure that we get the most from our economic development investments. Therefore, as economic development improves conditions for health, we need healthy people to increase economic activity.

Consequently, the government strategy is to be holistic and to seek to support First Nations in capitalizing on economic opportunities, putting priority on the following aspects.

[Translation]

First, human capital: In his report on education, the Auditor General pointed out that gaps in this area have a direct impact on employment, income, well-being and economic self-sufficiency. We need to continue to focus on early childhood development and good basic instruction and to provide targeted job training in order to achieve benefits.

D'autres services sociaux incluent l'aide aux enfants et aux familles, des refuges pour les victimes de violence familiale et une variété de programmes pour enfants comme la composante autochtone de la prestation nationale pour les enfants.

[Traduction]

En ce qui concerne l'éducation, il existe un lien bien établi entre l'éducation et la santé. En moyenne, les Autochtones sont moins scolarisés que les non-Autochtones. Le pourcentage d'Autochtones adultes qui n'ont pas terminé leur neuvième année est considérablement supérieur à celui des adultes non-autochtones. Le MAINC finance l'enseignement primaire, secondaire et postsecondaire et soutient toute une gamme de stratégies d'emploi à l'intention des jeunes. Cette programmation contribue à améliorer la participation au marché du travail et les résultats sur le plan professionnel, ce qui atténue la pauvreté et améliore la santé dans ces collectivités.

[Français]

L'an dernier, avec l'aide du rapport du vérificateur général sur l'éducation des Premières nations, nous avons intensifié nos efforts en ce sens. Avec les Premières nations, nous avons cerné des domaines prioritaires d'intervention comme la mise sur pied d'un programme d'éducation spécial; ce qui est particulièrement nécessaire pour les Premières nations considérant le taux élevé d'enfants qui naissent avec des handicaps physiques ou mentaux.

Nous avons également cerné comme priorité le transfert de compétence sur l'éducation aux Premières nations, l'amélioration de l'infrastructure technologique étant également essentielle.

[Traduction]

Enfin, il y a le développement économique qui va de concert avec le développement social. Les deux créent des conditions qui favorisent la santé des personnes et des collectivités. Le développement économique est l'un des éléments essentiels pour lutter contre toute la gamme de conditions dans les réserves de façon durable et pour donner l'espoir qui est essentiel au bien-être mental.

Il nous faut mettre en place une fondation solide qui nous permettra de tirer le maximum de nos investissements dans le développement économique. Par conséquent, puisque le développement économique améliore les conditions favorables à la santé, il faut des personnes en santé pour augmenter l'activité économique.

Par conséquent, la stratégie du gouvernement doit être holistique et chercher à aider les Premières nations à tirer le profit des possibilités économiques en mettant l'accent sur les aspects suivants.

[Français]

D'abord, dans le domaine du capital humain, le vérificateur général a fait remarquer dans son rapport sur l'éducation, que les retards à ce chapitre ont un lien direct avec l'emploi, le revenu, le bien-être et l'autosuffisance économique. Il nous faut continuer à mettre l'accent sur le développement de la première enfance et sur une bonne instruction de base et assurer une formation professionnelle ciblée afin d'en obtenir les avantages.

With respect to the exercise of powers, research has shown that when First Nations actually exercise authority, it helps build solid communities and economies by creating a climate that encourages and supports investment and new businesses.

Our department is working to develop partnerships that will invest in the indispensable infrastructure such as access roads, energy sources, telecommunication links and housing. This will level the playing field and enable First Nations to access new opportunities more easily. This strategy provides Aboriginal people and their communities with the tools they need to take a more active part in the Canadian economy and to find solutions to the situations described in the Auditor General's report, that is, poor socio-economic conditions because of low educational levels.

Thank you for your attention, and I will be pleased to answer your questions. If you require any information that I do not have with me here, I will be pleased to send it to you later.

[English]

The Chairman: Before turning to my colleagues, I would like to ask a few factual questions.

Let me turn first to Mr. Potter. Your terminology confused me somewhat. On your overhead No. 18, you talk about supplementing provincial and third-party programs. If an Aboriginal is living on a reserve, the full cost of providing that service is paid by your part of the federal government, although the service itself may be delivered in the way it would be delivered to any other citizen of the province. That means you reimburse the province. Are those the mechanics?

Mr. Potter: The process is that services that are insured and that are recognized under the Canada Health Act as insured services, such as hospital and doctor services, are available and are paid by provincial governments.

The Chairman: What you call Canada Health Act services, I prefer to call hospitals and doctors, because people think Canada Health Act services are a lot more than they really are. However, under the Canada Health Act, Aboriginal residents of a province are the same as any other resident of the province, regardless of whether they are on or off reserve?

Mr. Potter: That is correct, in principle.

The Chairman: I always worry when someone says "in principle."

Mr. Potter: A First Nations resident of a reserve located in the southern part of the province near a city has access to what is essentially the provincial services — physician, clinical, hospital services.

It is different, however, for residents in a community that is located in the far north of the province, where there is no regular transportation.

L'exercice des pouvoirs maintenant: des recherches ont démontré que l'exercice réel des pouvoirs par les Premières nations aide à établir des communautés et des économies solides en créant un climat qui encourage et soutient, évidemment, l'investissement et la création d'entreprises.

Notre ministère œuvre à l'établissement de partenariat qui investiront dans les infrastructures indispensables dans les domaines comme les chemins d'accès, les sources d'énergie, les liens de télécommunications et l'habitation. Cela rendra les règles du jeu plus équitables et permettra aux Premières nations d'avoir plus facilement accès à de nouvelles possibilités. Cette stratégie fournira aux Autochtones et à leur collectivité des outils leur permettant de participer plus efficacement à l'économie canadienne et à trouver des solutions aux situations décrites dans le rapport du vérificateur général, c'est-à-dire le retard socio-économique lié à l'éducation.

Je vous remercie de votre attention et je serai heureuse de répondre à vos questions. Si jamais vous me demandez des données que je n'ai pas avec moi, il me fera plaisir de vous les faire parvenir ultérieurement.

[Traduction]

Le président: Avant de céder la parole à mes collègues, j'aimerais vous poser quelques questions de fait.

Je vais commencer par M. Potter. Votre terminologie me laisse un peu perplexe. À la diapositive 18, vous parlez de compléter les régimes provinciaux ou les régimes assurés par un tiers. Si un Autochtone vit dans une réserve, le coût entier du service est défrayé par le gouvernement fédéral même si le service peut être donné de la même façon qu'à un autre citoyen de la province. Cela signifie que vous remboursez la province. Est-ce bien cela?

M. Potter: Les services assurés aux termes de la Loi canadienne sur la santé, tels que les services dans les hôpitaux et chez le médecin, sont offerts et payés par les gouvernements provinciaux.

Le président: Ce que vous appelez les services aux termes de la Loi canadienne sur la santé, je préfère les appeler les hôpitaux et les médecins, car les gens pensent que les services assurés aux termes de la Loi canadienne sur la santé sont beaucoup plus exhaustifs qu'ils ne le sont. Toutefois, aux termes de la Loi canadienne sur la santé, les résidents autochtones d'une province sont traités de la même façon que tous les autres résidents de la province, qu'ils vivent dans une réserve ou non?

M. Potter: En principe, c'est exact.

Le président: Je m'inquiète toujours lorsqu'on dit «en principe».

M. Potter: Un résident autochtone d'une réserve située dans la partie sud de la province, près d'une ville, a accès essentiellement aux services provinciaux — médecins, services cliniques et hospitaliers.

C'est différent toutefois pour les résidents d'une localité isolée du grand nord de la province où il n'y a pas de services réguliers de transport.

The Chairman: I give Peace River country as an example.

Mr. Potter: In such a case, while in theory the services are insured and available, they are only really available in the community with the intervention and support of the federal government. In those isolated communities the federal government makes sure there are resident nurses. We pay for those nurses; they are nurse practitioners. They provide basic primary care and emergency care, funded by the federal government.

The Chairman: Those services are funded directly by the federal government?

Mr. Potter: Directly, yes. In those communities, we usually try to arrange for physician services. Usually a physician will arrive at a clinic maybe once or twice a week, or once every two weeks. Those physician services are on a fee-for-service basis. The provincial medicare plan is charged for those services. Usually there is not enough in it to assure that they are accessed.

We enter into contracts. In northern Ontario, we have a contract with McMaster University. McMaster University provides physician services in the communities. We pay McMaster a contract, and then we reclaim from the provincial government the fees for services that the physicians receive. It is usually only a smaller part of the overall cost.

The Chairman: I have another factual question, about the non-insured services you described. By non-insured, I mean not insured in the sense that they are not hospitals or doctors and they are not subject to the Canada Health Act.

On your Number 18 you refer to drugs, dental, medical transportation, vision care and so on. It is not in your overhead but in your comments you suggested that they are supplementary health programs. You used the word "premium" somewhere in your statement. Am I right that the people in those programs pay a premium?

Mr. Potter: No. I apologize if I misled you.

The Chairman: I may have misunderstood you.

Mr. Potter: That program does pay premiums for First Nations residents who are living in provinces where a premium is assessed in order to access medicare. That is in British Columbia and Alberta. We pay the premiums to the province.

The service is provided. It is a service that covers drugs, dental, medical care and vision. It is a similar service to what you would get from an employer.

The Chairman: When you say you provide it, what do you mean?

Mr. Potter: We insure it and enter into contracts with providers. We operate like an ordinary, private insurance company.

Le président: Prenons comme exemple la circonscription de Peace River.

M. Potter: Dans un tel cas, bien qu'en théorie les services sont assurés et disponibles, ils ne le sont qu'avec l'intervention et le financement du gouvernement fédéral. Dans ces localités isolées, le gouvernement fédéral s'assure qu'il y a des infirmières sur place. Nous rémunérons ces infirmières; il s'agit d'infirmières praticiennes. Ces infirmières fournissent les soins primaires de base et les soins d'urgence, financés par le gouvernement fédéral.

Le président: Ces services sont financés directement par le gouvernement fédéral?

M. Potter: Directement, oui. Dans ces localités, nous tentons habituellement de prendre des dispositions pour qu'il y ait des services de médecin. En général, un médecin se présente à la clinique peut-être une fois ou deux par semaine, ou une fois à tous les 15 jours. Ces services sont rémunérés à l'acte. Le régime provincial d'assurance-maladie est facturé pour ces services. En général, ce n'est pas assez payant pour assurer le service.

Nous concluons donc des contrats. Dans le nord de l'Ontario, nous avons un contrat avec l'université McMaster qui fournit des services de médecin dans les collectivités. Nous payons McMaster, selon le contrat, et ensuite nous présentons une demande au gouvernement provincial pour les honoraires à l'acte que les médecins ont touchés. En général, cela ne représente qu'une petite partie du coût global.

Le président: J'ai une autre question de fait, au sujet des services non assurés que vous avez décrits. Lorsque vous dites non assurés, c'est au sens où il ne s'agit pas de services hospitaliers ou de services de médecin qui sont assurés par la Loi canadienne sur la santé.

À la diapositive 18, vous mentionnez les médicaments, les services dentaires, le transport médical, les soins de la vue, et cetera. Dans votre commentaire, vous avez laissé entendre qu'il s'agit de programmes de soins de santé complémentaires. Vous avez dit à un moment quelconque qu'il y avait des «cotisations». Ai-je raison de croire que les bénéficiaires de ces programmes versent des cotisations?

M. Potter: Non. Je m'excuse si je vous ai induit en erreur.

Le président: J'ai peut-être mal compris.

M. Potter: Dans le cadre du programme, nous versons les cotisations de résidents autochtones qui vivent dans des provinces où il faut cotiser au régime d'assurance-maladie. Je parle de la Colombie-Britannique et de l'Alberta. Nous versons les cotisations à la province.

Le service est fourni. Ce service couvre les médicaments, les soins dentaires, les soins de santé et les soins de la vue. C'est semblable à l'assurance offerte par un employeur.

Le président: Quand vous dites que vous fournissez le service, qu'entendez-vous au juste?

M. Potter: Nous assurons ces soins et nous concluons des contrats avec des fournisseurs. Nous fonctionnons comme une compagnie d'assurance ordinaire, privée.

The Chairman: Why do you that? What do you not just farm it out?

Mr. Potter: Actually, the administration is by and large farmed out, but the government manages the rules and the policies. One of the reasons we manage them is that most private insurance providers do so on a basis of a percentage of the premiums or the expenditures that they provide, and in that circumstance there is not always the incentive to look carefully at the costs that you are incurring. In this situation, the individuals are not paying a premium. In other words, the federal government essentially pays the premium for First Nations and Inuit people. In that circumstance the individuals who are seeking the insurance do not have the same incentive a private insurer would have in terms of trying to keep their premiums down.

Given that we are one payer, and we pay for all the costs without premium or without additional co-payments by the user, we manage the cost and effectiveness of the program.

The Chairman: I will not be argumentative with you, but I have an observation. With respect to employees of the federal government, or anyone else who is a member of an employer-sponsored plan, your logic suggests that the fact that they pay part of the premium has an impact on their behaviour. In all the years I have been working, and I have been under many different plans, I do not know of any employees who, once under an employer plan, had a change in behaviour on the notion that abusing the system would likely to lead to an increase in rates. I want to make sure I understood the point you were trying to make.

Mr. Potter: I was not trying to make the point that it has to do with abuse.

The point is about the kinds of services that you are providing and the policies that you would build into the system. In the public service plan, people accept that there is a limit on certain dental services. They recognize the connection between that limit and the premium they pay, and that part does not exist within the program we operate in that we pay for the whole service.

The Chairman: Ms Bernier, with respect to education, in contrast to health, the federal government runs the schools and pays for the post-secondary education. Is that right?

Ms Bernier: We do not run all the schools. There are only a few federally run schools left. The bands run the schools. However, we do pay for the students on reserve.

The Chairman: To that extent, it is different from the health care situation in that you treat the residents of a reserve in the same way they would be treated as residents of a municipality. What do you do for a status person who is not living on a reserve with respect to education?

Senator Morin: And health. That was my question.

Ms Bernier: Our education program is strictly on reserve, the exception being post-secondary education because the

Le président: Pourquoi? Pourquoi ne pas donner cela en sous-traitance?

M. Potter: En fait, dans l'ensemble, l'administration est donnée à contrat, mais le gouvernement gère les règlements et les politiques. Nous le faisons notamment parce que la plupart des assureurs privés gèrent leurs programmes en se fondant sur un pourcentage des primes ou des dépenses, ce qui n'incite pas toujours à examiner attentivement les coûts. Dans cette situation, les assurés ne cotisent pas. En d'autres termes, le gouvernement fédéral verse la cotisation des Autochtones et des Inuits. Vu cette situation, les assurés n'ont pas les mêmes raisons qu'un assureur privé d'empêcher les cotisations d'augmenter.

Compte tenu que nous sommes l'unique payeur, que nous payons tous les coûts sans qu'il n'y ait de cotisations ou de quotes-parts de l'assuré, nous gérons les coûts et l'efficacité du programme.

Le président: Je ne vais pas contester ce que vous dites, mais j'aimerais faire une remarque. En ce qui concerne les employés du gouvernement fédéral, ou quiconque cotisant à un régime d'assurance d'un employeur, si l'on suit votre logique, on pourrait croire que le fait qu'ils versent une cotisation influe sur leur comportement. Au cours de toutes mes années sur le marché du travail, et j'ai été assujéti à de nombreux régimes différents, je ne connais pas d'employés qui, assurés par un régime d'employeur, aient modifié leur comportement parce que tout abus pouvait entraîner une augmentation des taux. Je veux m'assurer que je comprends bien ce que vous essayez de faire valoir.

M. Potter: Je ne voulais pas dire qu'il y avait abus.

Il s'agit du genre de services que vous fournissez et des politiques sur lesquelles vous fondez le régime. Dans le cadre du régime de la fonction publique, les gens acceptent que certains services dentaires soient plafonnés. Ils font le lien entre ce plafond et la cotisation versée, ce qui n'existe pas dans le programme que nous offrons puisque nous défrayons le coût entier du service.

Le président: Madame Bernier, en ce qui concerne l'éducation, par opposition à la santé, le gouvernement fédéral administre les écoles et paie le coût de l'enseignement postsecondaire, n'est-ce pas?

Mme Bernier: Nous n'administrons pas toutes les écoles. Il ne reste que quelques écoles administrées par le gouvernement fédéral. Les bandes administrent les écoles. Toutefois, nous payons pour les étudiants qui vivent dans les réserves.

Le président: De ce point de vue, la situation est-elle différente de celle des soins de santé puisque vous considérez les résidents des réserves comme s'il s'agissait de résidents d'une municipalité. Sur le plan de l'éducation, que faites-vous pour un Autochtone inscrit qui ne vit pas dans une réserve?

Le sénateur Morin: Et la santé. Voilà ma question.

Mme Bernier: Notre programme d'éducation est limité uniquement à l'enseignement dans les réserves, à l'exception de

post-secondary institutions are off reserve. Therefore, the student who comes from a reserve will still enjoy support.

The Chairman: What happens if the person has Aboriginal status, does not live on a reserve and wants post-secondary education?

Ms Bernier: Our post-secondary education is not available to all Aboriginal students. In fact, we are struggling with that issue. It is a finite pot of money, and it cannot be given to all.

We have a certain amount of money that we distribute per community; in turn, the community distributes it to the students who want to pursue post-secondary education, and those students are from the reserve.

As to First Nations primary and secondary education, the education is given either on the reserve because there is a band school. If the children are next to a school that is off reserve and is run by the province, the children attend that school and then we reimburse the province.

The Chairman: You reimburse the municipality.

Ms Bernier: We reimburse the school.

The Chairman: Whoever is paying. That is the background I was seeking.

Senator Morin: My question is about federal responsibility with respect to First Nations people living off reserve.

Mr. Potter: In the program, about one-half of our budget is spent on community services, and the other half on the insurance program. The community services are community based and include the health promotions, care treatment, public health services and environmental health services. Those are community based for reserves. It is like a municipal service, a public health centre on reserve.

The other half of the program, the insured program — not the non-insured health benefits program — covers all status Indians and Inuit.

Senator Morin: Whether they are urbanized or on reserve?

Mr. Potter: That is right.

Senator Morin: What proportion would be on reserves, and what proportion urbanized?

Mr. Potter: About half each.

Senator Morin: Those urbanized Indians would have their drugs paid for whether they are in a city or somewhere else?

Mr. Potter: The insurance program is a second payer. The non-insured health benefits program is set up so that one accesses other services first and then this service. A First Nation status Indian who is employed in the city and whose employer provides health insurance would go there first.

Senator Morin: What about an unemployed person?

l'enseignement postsecondaire parce que les établissements d'enseignement postsecondaire se trouvent hors réserve. Par conséquent, l'étudiant qui vient d'une réserve recevra une aide.

Le président: Qu'arrive-t-il s'il s'agit d'un Autochtone inscrit qui vit hors réserve mais qui souhaite faire des études postsecondaires?

Mme Bernier: Nous n'offrons pas l'enseignement postsecondaire à tous les étudiants autochtones. De fait, nous débattons de cette question. Le budget est limité, et nous ne pouvons pas financer tous les étudiants.

Nous accordons une certaine somme par collectivité; de fait, c'est la collectivité qui donne l'argent aux étudiants qui souhaitent poursuivre des études postsecondaires, et ce sont des étudiants qui vivent dans les réserves.

En ce qui concerne l'enseignement primaire et secondaire des Premières nations, l'enseignement est donné dans la réserve s'il y a une école de bande. Si des enfants vivent près d'une école qui est hors réserve, une école administrée par la province, les enfants vont à cette école et nous remboursons la province.

Le président: Vous remboursez la municipalité.

Mme Bernier: Nous remboursons l'école.

Le président: Il y a paiement. C'est ce que je cherchais à savoir.

Le sénateur Morin: Ma question porte sur la responsabilité du gouvernement fédéral en ce qui concerne les Autochtones qui vivent hors réserve.

M. Potter: Dans le cadre du programme, environ la moitié de notre budget est consacrée aux services communautaires, et l'autre moitié au service d'assurance. Les services communautaires sont donnés dans la collectivité et comprennent la promotion de la santé, les soins de santé, les soins d'hygiène publique et les services de santé environnementale. Ces services sont donnés dans les réserves. C'est comme un service municipal, un centre de santé public dans la réserve.

L'autre moitié du programme, la partie assurée — c'est-à-dire le programme des services de santé non assurés — s'adresse à tous les Indiens inscrits et aux Inuits.

Le sénateur Morin: Qu'ils vivent en région urbaine ou dans les réserves?

M. Potter: En effet.

Le sénateur Morin: Quelle proportion vivrait dans les réserves et quelle proportion en région urbaine?

M. Potter: C'est environ moitié moitié.

Le sénateur Morin: Ces Indiens urbanisés obtiennent des médicaments payés, qu'ils soient en ville ou ailleurs?

M. Potter: Le programme d'assurance est un programme second payeur. Le programme des services de santé non assurés a été établi de façon à ce que l'on aille se faire rembourser ailleurs d'abord et ensuite chez nous. Un Indien inscrit qui travaille en ville et dont l'employeur offre une assurance santé s'adresserait là d'abord.

Le sénateur Morin: Qu'en est-il d'un chômeur?

Mr. Potter: Unless a provincial welfare program provided coverage, we would pay.

The Chairman: You are the payer of "last resort."

Mr. Potter: Yes.

The Chairman: With respect to the Inuit, which you touched on only to say that you fund the two territorial governments directly and they in turn provide the service, does that apply to education as well as health?

Ms Bernier: No, it is devolved. We do not do education for Inuit. We do some programs for Inuit, but most are devolved.

The Chairman: Do you pay the territorial government that will in turn provide the service? Or are you out of it entirely?

Ms Bernier: It does not go through our department. The Inuit youth can avail themselves of some of our programs, but the education program is south of 60.

The Chairman: North of 60, you are not in education but you are in health. Is your role any different than the transfer of funds to a province that, in turn, runs a health program? You transfer it to the territorial government in this case.

Mr. Potter: It is slightly complicated. In the Yukon, we are providing the direct services of a health nature to communities.

We recently signed an agreement with the Northwest Territories and Nunavut to transfer funds to them, and they run most of the community-based services. We have added some services since that agreement, such as children's services, where we are involved in some direct programs, and services in the North.

We have entered an agreement recently with the three territorial governments to endorse what we call the "Northern Wellness Agenda," which tries to integrate our activities so we work collectively in an integrated fashion.

With respect to the Inuit, it is not as easy or clear-cut given that there is not a reserve-based system. The communities are not reserves and therefore not federal lands. We enter into agreements with them directly or with the territorial government.

The Chairman: Based on head count?

Mr. Potter: Based on numbers. There is a formula system more or less per capita.

Senator Callbeck: Ms Bernier, I wanted to ask you about a section on page 4. The other day I was talking to a Métis, someone I thought was quite well informed, who told me that the

M. Potter: À moins que le régime provincial d'aide sociale ne paie, c'est nous qui payons.

Le président: Vous êtes le payeur de «dernier recours».

M. Potter: Oui.

Le président: En ce qui concerne les Inuits, dont vous avez parlé uniquement pour dire que vous financez les deux gouvernements territoriaux directement et que ce sont eux qui offrent le service, en est-il ainsi pour l'éducation comme pour la santé?

Mme Bernier: Non, il y a eu dévolution. Nous n'offrons pas de service d'éducation aux Inuits. Nous avons quelques programmes à l'intention des Inuits, mais il y a eu dévolution dans la plupart des cas.

Le président: Vous versez des sommes au gouvernement territorial qui lui offre le service? Où vous êtes-vous retirés complètement?

Mme Bernier: Cela ne passe pas par notre ministère. Les jeunes Inuits peuvent se prévaloir de certains de nos programmes, mais le programme d'éducation vise les habitants au sud du 60e parallèle.

Le président: Au nord du 60e parallèle, vous ne vous occupez pas d'éducation mais de services de santé. Votre rôle est-il différent de celui que vous avez dans le transfert de fonds à une province qui, à son tour, administre un programme de santé? Vous transférez des montants, dans le cas qui nous occupe, au gouvernement territorial.

M. Potter: C'est un peu compliqué. Au Yukon, nous assurons les services directs en milieu communautaire.

Nous avons récemment signé une entente avec les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut visant le transfert de fonds à ces gouvernements; en retour, ils administrent la majorité des services en milieu communautaire. Nous avons ajouté certains services depuis la signature de cette entente, comme les services destinés aux enfants, et nous participons à des programmes directs et à des services dans le Nord.

Nous avons récemment conclu une entente avec les trois gouvernements territoriaux pour appuyer ce que nous appelons «le programme de mieux-être pour le Nord» qui cherche à intégrer nos activités pour que nous puissions agir de façon intégrée.

Pour ce qui est des Inuits, les choses ne sont pas aussi simples ou aussi claires puisqu'il n'y a pas de système de réserve. Les communautés ne sont pas des réserves et ne sont donc pas sur le territoire domaniale. Nous concluons des ententes avec les Inuits directement ou par l'entremise du gouvernement territorial.

Le président: En fonction d'un dénombrement de la population?

M. Potter: En fonction de la population. Il existe une formule qui représente un calcul à peu près par habitant.

Le sénateur Callbeck: Madame Bernier, je voulais vous parler d'un commentaire qui figure à la page 4. L'autre jour je parlais à un Métis, une personne que je jugeais assez bien renseignée, qui

federal government did not have any health programs for Aboriginal seniors on or off reserves.

At the top of page 4, you mention services through the Adult Care Program provide assistance to elderly and infirm First Nations individuals resident on reserve. Has this program just started or has it been there for a long while?

Ms Bernier: The distinction resides in what we call a health program and a social assistance program. What DIAND provides is social assistance, not a health program. Sometimes the distinction is rather tenuous: When does the care become medical in nature or when is it just social in nature? That is the distinction. What we provide is assistance but not medical care.

The example I gave you in my notes is in relation to home care, where we do not provide medicare at home. We provide homemaker assistance.

Senator Callbeck: Has that assistance been there for a while or are those services new?

Ms Bernier: I would be happy to send you a date as to when that program started.

Senator Callbeck: I would like to have statistics on the services that come under this Adult Care Program.

Mr. Potter, would you care to comment on what I said?

Mr. Potter: The person you were talking with probably identified an issue with respect to nursing care services on reserves. In general, this is an area where we do not have a policy that speaks to that service. There was some development without a policy and without a budget a number of years ago. The ministers of health and Inuit affairs put a moratorium on some developments in that area and we are working to try to develop a policy.

We are striving to come to grips with this issue. How do you address the need for residential care for seniors when you have very small communities? As I said, 77 per cent of the communities have fewer than 1,000. Currently, we encourage arrangements with the adjacent municipalities or the provinces to find care facilities in the nursing homes off reserve. However, in many communities, there is a pressure to create nursing homes or extended health care facilities on reserves, and the issue becomes one of size, how to maintain them and how to manage and link into a policy such as that. The person to whom you were talking probably identified an area of which we are aware and in which the two departments are trying to clarify how to deal with that need and build a service program.

Senator Callbeck: With respect to the shortage of health care workers in some areas, I notice here that a December 1999 report indicated that 45 per cent — 233 nursing stations in northern isolated communities — were vacant or filled temporarily. Is that situation getting worse or better? Where does it stand?

m'a dit que le gouvernement fédéral n'avait aucun programme de santé pour les aînés autochtones, sur réserves ou à l'extérieur des réserves.

Au haut de la page 4 vous parlez des services de soins aux adultes qui aident les personnes âgées et les adultes souffrant de handicaps qui résident sur réserves. Ce programme vient-il d'être mis sur pied ou existe-t-il depuis un bon moment?

Mme Bernier: Il y a une distinction entre ce que nous appelons un programme de santé et un programme d'aide sociale. Le MAINC offre une aide sociale, non pas un programme de santé. Parfois la distinction est assez difficile à faire: quand des soins deviennent-ils médicaux ou quand s'agit-il simplement de soins sociaux? C'est là la distinction. Nous offrons une aide sociale mais non médicale.

Par exemple, je vous parle dans mes notes des soins à domicile et je signale que nous n'offrons pas des soins de santé à domicile. Nous offrons plutôt des services d'aide ménagère.

Le sénateur Callbeck: Cette aide existe-t-elle depuis un bon moment ou s'agit-il là de nouveaux services?

Mme Bernier: Je serai heureuse de vous faire parvenir des renseignements quant à la date d'entrée en vigueur du programme.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais avoir des statistiques sur les services qui relèvent de ce Programme de services de soins aux adultes.

Monsieur Potter, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Potter: La personne à qui vous parliez a probablement cerné un problème au niveau des services des soins infirmiers sur réserves. Dans l'ensemble, nous n'avons pas vraiment de politiques dans ce domaine. Il y a plusieurs années des choses avaient été faites sans qu'on ait un budget ou même une politique. Les ministres de la Santé et des Affaires inuites ont décrété un moratoire sur certaines activités dans ce secteur et nous essayons actuellement d'élaborer une politique.

Nous essayons de composer avec ce problème. Comment répondre aux besoins de soins en établissements des aînés quand vous avez de très petites collectivités? Comme je l'ai dit, 77 p. 100 des collectivités comptent moins de 1 000 habitants. Actuellement, nous encourageons les municipalités à conclure des ententes avec les municipalités voisines ou les provinces afin de trouver des places dans les foyers hors-réserve. Cependant, dans nombre de collectivités, on insiste pour créer des foyers ou des centres de services complémentaires de santé sur réserves, et le problème à ce moment-là devient un problème de taille, de la façon de maintenir ces centres et d'administrer une politique dans ce secteur. La personne à qui vous avez parlé a probablement cerné un problème dont nous sommes conscients et sur lequel les deux ministères se penchent afin de trouver une façon de répondre aux besoins et de mettre sur pied un programme de services.

Le sénateur Callbeck: Il existe une pénurie de travailleurs de la santé dans certaines régions; un rapport publié en décembre 1999 révèle que 45 p. 100 — 233 postes de soins infirmiers dans les collectivités isolées du nord — étaient vacants ou comblés de façon temporaire. La situation s'améliore-t-elle? Empire-t-elle? Quelle est la situation?

Mr. Potter: We have introduced some policies to try to retain the nurses we have and attract new nurses to those communities. The situation has remained about the same. We have put in programs to support nurses in training; we pay for their final year living expenses and tuition in exchange for services in our communities.

The report is correct. About 45 per cent of the Northern communities lack a permanent nurse. However, these stations are not without services. We contract services on a temporary basis. We deal with private agencies that provide nursing services. We found ways to do that, but it is a continuing battle.

As the situation with nurses in general becomes more difficult, both by age and by number of retirements, it is obviously difficult for us to attract nurses to isolated communities. We are aware of this and have identified this area as requiring more attention. I am currently in the process of staffing a senior nursing officer for the branch to try to bring much greater attention to this area and take some leadership for the kind of programs we would need to attract and keep nurses in those communities.

Senator Callbeck: What about recruiting Aboriginal health care workers? Are there special measures in that direction?

Mr. Potter: There are a variety of different measures across the country. This is an area where we provide some minor assistance and work but it is essentially training and education, which falls within the responsibility of provincial governments. There are special programs in some university medical schools where they hold positions for Aboriginal people and in nursing programs.

I am told that one of the big problems is the nature of those programs and the success of those programs. I met with a dean of nursing the other week who explained that they had a program, and they brought in about 40 people. Within a year of a two-year program, all of them had left. There are real problems.

I am told that the number of Aboriginal nurses is only in the 1,000-2,000 range across Canada out of a population of 260,000. I believe we only have 100 Aboriginal physicians out of a population of 50,000 to 60,000 physicians in Canada. It is something we have identified as a need. It obviously requires more attention and cooperation from those provinces running the training programs.

Senator Roche: Mr. Chairman, I am a little afraid to put my question lest the witnesses interpret it as an accusatory question to them.

Senator Morin: We will defend you.

M. Potter: Nous avons adopté des politiques visant à retenir le personnel infirmier que nous avons et à attirer de nouveaux infirmiers et infirmières dans ces collectivités. La situation n'a pas vraiment beaucoup changé. Nous avons mis sur pied des programmes visant à aider les infirmiers et infirmières en formation; nous payons les frais de subsistance et les frais de scolarité pour leur dernière année de formation en échange de services dans nos collectivités.

Ce rapport est exact. Environ 45 p. 100 des collectivités du nord n'ont pas un infirmier ou une infirmière en permanence. Cependant, ce n'est pas qu'aucun service n'est offert: nous avons des contrats pour les services, des contrats temporaires. Nous sommes en contact avec des organismes privés qui assurent des services de soins infirmiers. Nous avons trouvé des façons d'alléger le fardeau, mais c'est un problème continu.

Il devient de plus en plus difficile d'avoir accès à des infirmiers et infirmières, en raison de leur âge et des possibilités de retraite, et il nous est donc très difficile d'attirer des infirmiers et infirmières dans les collectivités isolées. Nous en sommes conscients, et nous avons jugé que ce secteur méritait une plus grande attention. Je suis actuellement en train de recruter une personne qui occupera le poste d'agent principal des soins infirmiers à la direction; de cette façon, on pourra accorder une beaucoup plus grande attention à ce problème et essayer de créer le genre de programmes nécessaires pour attirer et conserver les services d'infirmiers et d'infirmières dans ces collectivités.

Le sénateur Callbeck: Et qu'en est-il du recrutement de travailleurs de la santé autochtones? Prend-on des mesures spéciales en ce sens?

M. Potter: Il existe diverses mesures à l'échelle du pays. C'est un secteur où nous offrons une aide limitée, mais il s'agit surtout là d'éducation et de formation, ce qui relève des gouvernements provinciaux. Il existe des programmes spéciaux dans certaines écoles de médecine universitaires où l'on réserve des places pour les Autochtones dans les programmes de soins infirmiers.

On m'a dit qu'un des gros problèmes est la nature de ces programmes et leur succès. J'ai rencontré le doyen d'une école de soins infirmiers l'autre jour qui m'a expliqué qu'ils avaient eu un programme, et qu'ils avaient pu intéresser environ 40 personnes. À la fin du programme de deux ans, ils avaient tous abandonné. Il y a de graves problèmes.

On m'a dit qu'il n'y a qu'entre 1 000 ou 2 000 infirmiers ou infirmières autochtones au Canada sur un total de 260 000. Je crois que nous n'avons que 100 médecins autochtones sur une possibilité de 50 000 ou 60 000 médecins au Canada. Nous avons identifié ce besoin. Évidemment, il faut accorder plus d'attention au dossier et il faut avoir une plus grande collaboration avec les provinces qui s'occupent des programmes de formation.

Le sénateur Roche: Monsieur le président, j'hésite un peu à poser ma question de crainte que les témoins ne pensent que je les accuse de quelque chose.

Le sénateur Morin: Nous vous défendrons.

Senator Roche: I am perplexed. We are here this afternoon, as I understand it, to discuss the health of Aboriginal peoples. What is the health of Aboriginal peoples?

The Chairman: We are here to discuss the role of the federal government vis-à-vis the provision of Aboriginal health services.

Senator Roche: I am going to come to that. I will take one second for a preamble.

Tuberculosis is almost seven times higher among Aboriginals than among the general population. Heart problems are three times worse. Infant mortality is twice as high in First Nations than in the rest of the country. The suicide rate is two to three times that of the population, and among youth, it is five to six times higher. Alcohol and solvent abuse are common among First Nations and Inuit. AIDS is increasing. Smoking is more prevalent by far than in the general population. The life expectancy is some seven years lower.

Now, these are outrageous reflections on a segment of the Canadian population. I would have expected our witnesses to come storming into this committee to wake up the politicians around this table and, by extension, the system, about what is going on.

What I have recounted here is not particularly new. Those with any sensitivity at all to First Nations problems and with any reference to the royal commission's report of two or three years ago are familiar with these things.

The witnesses have given us material that says that the First Nation and Inuit health systems face significant challenges, including a shortage of doctors, increasing costs of drugs, aging infrastructure and more need for specialized services. That is bland stuff compared with the depth and gravity of the problem.

I recognize that our witnesses are from government departments. Perhaps my comments should be more particularly directed to the political establishment that made the policies they are following. However, I am very concerned about why they are not telling us the real facts and reminding us of how serious this problem is.

If senators on this committee are to do a report on Canada's health care system, I would have thought they would have been telling us these things to remind us to get them into the report. Will we let all this stuff I have been recounting slide off the table and deal only with transfers between systems and shuffling of paperwork?

Mr. Chairman, shuffling paperwork will not address the root of the problems of Aboriginal health.

The first ministers' health accord established three key principles. One is to preserve, protect and improve the health of Canadians. I do not think the federal government is doing much of

Le sénateur Roche: Je suis quelque peu confus. Nous sommes ici cet après-midi, si j'ai bien compris, pour discuter de la santé des Autochtones. Quel est l'état de santé des Autochtones?

Le président: Nous sommes ici pour discuter du rôle du gouvernement fédéral à l'égard de la prestation de services de soins de santé aux Autochtones.

Le sénateur Roche: J'y viendrai. J'aimerais présenter d'abord un préambule.

Le taux de tuberculose est sept fois plus élevé chez les Autochtones que dans la population générale. Le taux de problèmes cardiaques est trois fois plus élevé. Le taux de mortalité infantile est deux fois plus élevé chez les Premières nations que dans le reste du pays. Le taux de suicide est deux à trois fois plus élevé que dans la population en général, et chez les jeunes, de cinq à six fois plus élevé. Le taux d'abus d'alcool et de solvants est chose courante chez les Premières nations et les Inuits. Le nombre de cas de sida est à la hausse. Il y a beaucoup plus de fumeurs chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population. L'espérance de vie des Autochtones est moins longue, soit sept ans de moins.

Il s'agit là de commentaires très négatifs à faire sur une partie de la population canadienne. J'aurais cru que nos témoins viendraient au comité en colère pour secouer les politiciens dans cette salle et, par le fait même, le système pour se plaindre de cette situation inacceptable.

Ce que je viens de dire ne représente rien de nouveau. Ceux qui sont conscients des problèmes des Premières nations et qui sont au courant du rapport de la Commission royale d'enquête qui a été publié il y a deux ou trois ans connaissent bien ces problèmes.

Les témoins nous ont donné des documents qui indiquent que les systèmes de santé des Premières nations et des Inuits doivent relever des défis importants, y compris une pénurie de médecins, un coût croissant des médicaments, une infrastructure vieillissante et un besoin plus marqué de services spécialisés. Ce n'est rien en comparaison de l'ampleur et de la gravité du problème.

Je sais que nos témoins représentent des ministères. Peut-être mes commentaires devraient-ils être adressés aux politiciens qui ont élaboré les politiques que ces ministères doivent respecter. Cependant, je me demande pourquoi ils ne nous donnent pas les vrais renseignements et ne nous rappellent pas à quel point ce problème est grave.

Si les sénateurs membres de ce comité doivent déposer un rapport sur le système de soins de santé au Canada, j'aurais cru que nos témoins nous auraient dit toutes ces choses pour nous rappeler de les mentionner dans notre rapport. Allons-nous simplement ignorer toutes ces choses que j'ai mentionnées et ne parler que des transferts entre les systèmes et des questions de paperasserie?

Monsieur le président, ce n'est pas en jouant dans les papiers qu'on pourra régler les problèmes qui sous-tendent le service de soins de santé aux Autochtones.

L'entente en matière de santé des premiers ministres fait état de trois grands principes, dont un est de préserver, protéger et améliorer l'état de santé de la population canadienne. Je ne crois

a job in preserving, protecting and improving the health of Aboriginal Canadians and something must be done about that.

I hope the witnesses will not interpret what I have said as a reflection on them personally. It is not at all. I recognize that they are doing their job. However, I strongly protest. If this committee is going to deal with Aboriginal health seriously, we have to get down to the basics rather than this paperwork.

The Chairman: I do not disagree with anything you said. Simply for clarification, some of the facts you listed, Senator Roche, the witnesses gave us. However, there is no question that your list was better and more thorough.

Mr. Potter, would you like to comment?

Mr. Potter: I would, Mr. Chairman. First, if the committee would like more information with respect to the health of First Nations and Inuit with regard to epidemiological conditions, we would be happy to provide that. As it can be voluminous, we did not deal with it today.

Second, I hope that our approach did not leave the impression with senators that we are passionless about the subject. The people who work in this area are absolutely passionate. They are dedicated. They work, at enormous expense to their own personal circumstances, in very difficult situations. They care very much about the health of First Nations and Inuit people. If I have let them down by not conveying that passion, I apologize.

On a day-to-day basis, on an individual patient basis, and on a system basis the people who work here cry out for improvements in the system and for better outcomes for First Nations and Inuit health.

Finally, improvement to health is not accomplished only through health care services. As my colleague mentioned, education is key issue to improving health outcomes. Employment and the social environment in which people live are other key issues.

All of these facets need to be worked on in conjunction with the health service delivery system to improve health outcomes. We are working together on that. The challenge is enormous. If I did not convey that, I apologize. Passionate and committed people are working for the federal government and they want to see much greater improvement to the statistics that you cited, senator.

The Chairman: To echo Senator Roche's point, the issue of the health status of the Aboriginal community has been touched on periodically by various witnesses or through the tabling of health data on various segments of the Canadian population. Some of us on the committee were stunned by the data that Senator Roche raised. We all understand that politics is frequently the art of shifting the wind. In fact, when one looks at federal-provincial

pas que le gouvernement fédéral fait beaucoup pour préserver, protéger et améliorer l'état de santé de la population autochtone. Il faut absolument agir.

J'espère que les témoins ne penseront pas que je m'attaquais à eux en faisant ces commentaires. Pas du tout. Je sais qu'ils font leur travail. Cependant, je dois m'élever avec vigueur contre la situation. Si notre comité désire se pencher sérieusement sur la santé des Autochtones, il faut nous attaquer aux problèmes et pas simplement parler de rapport.

Le président: Je ne suis pas en désaccord avec ce que vous avez dit. J'aimerais cependant préciser que certaines des choses que vous avez dites, sénateur Roche, avaient déjà été mentionnées par les témoins. Cependant, il est clair que votre liste était meilleure et plus détaillée.

Monsieur Potter, voulez-vous ajouter quelque chose?

M. Potter: Oui, monsieur le président. Tout d'abord, si le comité désire avoir de plus amples renseignements sur l'état de santé des Premières nations et des Inuits en ce qui a trait aux données épidémiologiques, nous serons heureux de vous fournir ces renseignements. Puisqu'il peut s'agir d'un très gros problème, nous ne l'avons pas abordé aujourd'hui parce qu'il aurait fallu trop de temps.

De plus, j'espère que notre façon de procéder n'a pas poussé les sénateurs à croire que cette question ne nous tient pas à coeur. Ceux qui travaillent dans ce secteur sont passionnés par la question. Ils sont dévoués. Ils travaillent, sans se soucier de leurs situations personnelles, dans des situations très difficiles. Ils ont à coeur l'état de santé des Premières nations et des Inuits. Je m'excuse si vous jugez que je n'ai pas bien su communiquer cette passion.

Tous les jours, pour chaque patient, dans chaque système, on demande des améliorations et du système et de l'état de santé des Premières nations et des Inuits.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé n'est pas une chose qui peut être assurée exclusivement par des services de soins de santé. Comme ma collègue l'a mentionné, l'éducation est un élément clé si l'on veut améliorer l'état de santé. L'emploi et le climat social dans lequel vivent les gens sont également des facteurs très importants.

Tous ces éléments doivent entrer en ligne de compte quand on élabore un système de prestation de services de soins de santé afin d'améliorer la situation. Nous collaborons justement à l'atteinte de cet objectif. Le défi est de taille. Si je n'ai pas su vraiment vous communiquer cette situation, je m'en excuse. Des gens passionnés et dévoués travaillent pour le gouvernement fédéral et ils veulent vraiment améliorer les statistiques que vous nous avez présentées, monsieur le sénateur.

Le président: Pour revenir à ce qu'a dit le sénateur Roche, la question de l'état de santé de la communauté autochtone a été abordée par plusieurs témoins et a été mentionnée dans des données sur l'état de santé de divers segments de la population canadienne. Certains membres du comité ont été renversés d'apprendre les données mentionnées par le sénateur Roche. Nous savons que la politique c'est souvent l'art de faire du surplace. De

relations, one often wonders whether that is not the underlying strategy of the game. I say that as one who has been involved in federal-provincial relations on both sides.

The feds cannot transfer blame to anyone in this area. This is why I asked whether it is true that the federal government is responsible for the delivery. Frankly, we are very troubled that there is a segment of the Canadian population living under those circumstances. Ms Bernier spoke about the increase in improved housing yet also said that only — although “only” is my word — 57 per cent of the housing is regarded as adequate. As a Canadian, I regard that as inadequate.

The committee will have to deal with that and we will want to have you back in the fall when we put out our issues and options paper. We may be able to exert some modest influence — perhaps even some provocative influence — on the federal government and wake up the conscience of the rest of the country on this issue.

Senator Robertson: I want to echo Senator Roche's comments with no reference to civil servants. Without being political at all, I become embarrassed when I refer back to statements, red books and Throne Speeches talking about what the government is going to do about the conditions in which our native people are living.

Matthew Coon Come may have identified it best when, on May 24, 2001, he talked about the human rights catastrophe that exists with our native people. We all know that Canada is not a shining example in the international community of human rights treatment for our native people. There has been much comment about that.

We must get to the bottom of some of these issues and find better answers. It is so discouraging and so embarrassing to have our Aboriginal people living in the circumstances that they do, to have them drinking water that is not safe. Of course, that happens in other communities these days too, but in those places the problem is easier to correct.

We know that housing has an impact on health. We know that in regard to social circumstances, if you live in poverty you have poor health, generally speaking — one follows the other. It is not a very scientific appraisal of circumstances.

We continue to hear these statements — that they are going to do something. Obviously, they are not giving you the tools to do what they say they want you to do. By “they” I mean government. I think that is wrong. For instance, who tests the safety of the water consumed by your native people? Who is responsible for your public health? I believe all good health starts with public health.

Mr. Potter: In the branch that I manage, we have environmental health officers who test the safety of the water in those communities. We have systems whereby they test on a

fait, lorsqu'on étudie les relations fédérales-provinciales, on se demande souvent si ce n'est pas vraiment la stratégie que l'on emploie. Et je parle en connaissance de cause parce que j'ai été témoin de relations fédérales-provinciales des deux côtés.

Le gouvernement fédéral ne peut blâmer personne d'autre pour cette situation. C'est pourquoi j'ai demandé s'il était vrai que le gouvernement fédéral était chargé de la prestation. Pour être honnête, nous sommes très inquiets du fait qu'une partie de la population canadienne vive dans de telles conditions. Mme Bernier a mentionné qu'il y avait plus de logements améliorés mais elle a également dit — et c'est mon expression — que seulement 57 p. 100 des logements sont jugés adéquats. À titre de Canadien, je juge que c'est inadéquat.

Le comité devra se pencher sur cette question et nous devons vous inviter à nouveau à l'automne lorsque nous rédigerons notre rapport. Nous serons peut-être en mesure d'exercer quelque influence sur le gouvernement fédéral, peut-être même de le provoquer, et de sensibiliser le reste du pays à ce problème.

Le sénateur Robertson: J'aimerais tout comme le sénateur Roche signaler que nos commentaires ne visent pas les fonctionnaires. Sans vouloir faire de politique, je suis très gênée quand je parle de déclarations, de livres rouges, et de discours du Trône qui mentionnent ce que le gouvernement va faire pour améliorer les conditions dans lesquelles vivent les Autochtones.

Matthew Coon Come a peut-être mieux décrit la situation lorsque le 24 mai 2001 il a parlé d'une catastrophe dans le domaine des droits de la personne, une catastrophe que vivent nos Autochtones. Nous savons tous que le Canada n'est pas le meilleur exemple de la communauté internationale en ce qui a trait au traitement de ses Premières nations. On en a beaucoup parlé.

Nous devons nous attaquer à la source de ces problèmes et trouver des solutions. C'est décourageant et gênant d'avoir des Autochtones qui vivent dans de telles conditions, d'avoir des Autochtones qui boivent de l'eau qui peut être dangereuse. Évidemment, cela se produit aussi dans d'autres collectivités de nos jours, mais dans ces autres collectivités, le problème est plus facile à régler.

Nous savons que le logement a un impact sur la santé. Nous savons que les circonstances sociales ont un impact sur la santé; si vous vivez dans la pauvreté, vous êtes moins en santé. Ces choses sont indissociables. Ce n'est pas une évaluation vraiment scientifique de la situation.

Cependant, nous entendons toujours ces commentaires — que nous allons faire quelque chose. Évidemment, nous ne vous donnons pas les outils nécessaires pour faire ce qu'il veut que vous fassiez. Par «il», j'entends le gouvernement. Je crois que c'est regrettable. Par exemple, qui contrôle la qualité de l'eau que boivent nos Autochtones? Qui est chargé de votre service de santé publique? Je crois que la bonne santé commence par la santé publique.

M. Potter: À la direction générale dont je suis chargé, nous avons des responsables de la santé environnementale qui vérifient la salubrité de l'eau dans ces collectivités. Nous avons des

regular basis. If there are problems with the water, they give advice to the band to boil the water or use alternative sources.

Senator Robertson: If you give advice to boil the water, what does your public health do to correct the problem that causes the requirement to boil the water?

Mr. Potter: That is a division of responsibilities. On the health side, we test and determine whether there is a threat to health. Then we advise the operating authorities, which is the band, supported by Indian Affairs and Northern Development. There is need to correct the situation. In some cases, it is a difficult thing to correct.

Maniwaki, a community not far from here, must have drinking water provided in bottles because they have a well system and the natural uranium in the rocks in that formation has resulted in a high concentration of radioactive isotopes in the water. Therefore, we must find a way of bringing water in from some distant place. Currently they are on a bottled water system. In many small or isolated communities, it is difficult to correct the situation.

Senator Robertson: If this occurred in a non-Aboriginal community, they would find a way of correcting it.

Senator Morin: I would like to deal with the health indicators. You may not have the answers immediately, but I think these health indicators are important. I share Senator Roche's indignation that they are totally unacceptable for a country such as Canada.

If 50 per cent of the status Indians are urbanized and 50 per cent are on reserve, is there any difference between the health indicators, whether they are life expectancy or other factors?

Senator Gill, from Quebec, has told me that the health indicators are better in Quebec than elsewhere. Is that a fact — that there are differences between provinces as far as the health indicators of the First Nations?

Finally, is there a difference between the health indicators of Aboriginal population and the health indicators of isolated communities? For example, a study was done in Quebec that showed the health indicators were very poor in northern, isolated communities, or in the Gaspé, or small communities where unemployment was high, and education was low.

There was a study in Montreal that shows that the difference between the West Island and the East Island is 12 years in life expectancy, which is more than you have between the First Nations and the Canadian population.

Are these health indicators explained solely on the basis of education, economic development and children's services, or is there an added cultural deprivation component to it? If these indicators are strictly similar to the isolated communities or the urban poor, then we should solve this like we solve problems in the rest of the Canadian population. If the health indications are

systèmes qui assurent une vérification à intervalles réguliers. S'il y a des problèmes, on conseille à la bande de faire bouillir l'eau ou de se servir d'autres sources.

Le sénateur Robertson: Vous leur dites de faire bouillir l'eau, mais que faites-vous pour régler le problème qui les force justement à faire bouillir leur eau?

M. Potter: Il y a un partage de responsabilités. Du côté santé, nous procédons à des vérifications et nous décidons s'il y a un danger pour la santé. Puis nous disons aux responsables, soit la bande, qui reçoit l'aide du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Il faut régler le problème. Dans certains cas, ce n'est pas facile.

Maniwaki, une communauté qui n'est pas très loin d'ici, doit recevoir son approvisionnement en eau potable en bouteilles parce qu'elle compte sur un système de puits et que l'uranium naturel que contiennent les roches dans cette formation a entraîné une concentration élevée d'isotopes radioactifs dans l'eau. Nous devons donc trouver une façon d'acheminer l'eau à partir d'un endroit éloigné. Actuellement, cette collectivité se sert d'un système d'eau en bouteilles. Le problème est difficile à régler dans de nombreuses petites collectivités ou collectivités isolées.

Le sénateur Robertson: Si le problème se produisait dans une collectivité non autochtone, on trouverait une façon de le régler.

Le sénateur Morin: J'aimerais parler des indicateurs de santé. Vous ne pourrez peut-être pas me répondre immédiatement, mais je crois que ces indicateurs sont importants. Je suis tout aussi indigné que le sénateur Roche devant cette situation car ces indicateurs sont absolument inacceptables dans un pays comme le Canada.

Si 50 p. 100 des Indiens inscrits sont en milieu urbain et 50 p. 100 vivent dans des réserves, y a-t-il une différence entre les indicateurs de santé de ces groupes? Leur espérance de vie est-elle la même? Les autres facteurs sont-ils les mêmes?

Le sénateur Gill, du Québec, m'a dit que les indicateurs de santé sont meilleurs au Québec qu'ailleurs. Est-ce vrai? Y a-t-il des différences selon la province quand on parle des indicateurs de santé des Premières nations?

Enfin, y a-t-il une différence entre les indicateurs de santé des Autochtones et ceux des collectivités isolées? Par exemple, une étude a été effectuée au Québec et a révélé que les indicateurs de santé étaient très inquiétants dans les collectivités isolées, les collectivités du nord, celles de la région de Gaspé ou les petites collectivités où le taux de chômage est élevé et le niveau de scolarité faible.

Une étude effectuée à Montréal révèle que la différence d'espérance de vie entre l'ouest de l'île et l'est de l'île est de 12 ans, différence plus importante que celle qui existe entre les Premières nations et l'ensemble de la population canadienne.

Ces indicateurs de santé sont-ils expliqués simplement en fonction de l'éducation, du développement économique et des services offerts aux enfants, ou existe-t-il également un élément associé aux restrictions culturelles? Si ces indicateurs sont semblables pour les collectivités isolées ou les pauvres vivant en région urbaine, nous devrions régler ce problème comme nous

worse than they would be strictly on that basis, then we must explore other areas that are more difficult. I am talking about cultural deprivation. I am sensitive to that element. It may not be as important as far as the health indicators.

Perhaps you do not have that information at the tip of your fingers, but you see why I am posing those questions.

Mr. Potter: I could provide the more specific details, but I know the general answers to those questions. You posed the question: Is there a difference between the health indicators in urban situations versus isolated and rural situations. Yes, there is. Generally, that exists for First Nations as well as other Canadians. People in urban centres tend to be healthier than those in rural areas. Education does seem to be a factor: there is a link between education and health status. Therefore, First Nations who are better educated usually have a higher health status.

You asked if there is a cultural aspect to these differences. That is a more difficult question to ascertain. I believe you have some witnesses coming later this evening who may be better able to deal with that question.

There does seem to be an issue with respect to health, in that health seems to be related to the sense of both power and control and your sense of belonging to organizations.

Senator Morin: Perhaps I am not making myself clear. I think we should compare the health indicators in small, isolated communities that are not Aboriginal with those of reserves. If they are grossly different, this means there is a cultural element. Most of the small Quebec communities are French Canadian and they are no different from those people who are urbanites.

I realize there is a difference. I realize that cultural deprivation is an important issue that must be addressed. I am trying to determine if there is a cultural component to the poor health indicators we find in the First Nations.

Mr. Potter: I do not know the answer to that question. We could look to see if there is evidence to that effect.

The Chairman: That would be helpful in terms of the broader study. I thank all of you for coming. You will be hearing from us again and we will be hearing from you again come the fall.

Senators, we have six witnesses in our next panel. I know there are a number of people who wanted to come to table. Because of time and space limitations, we can only hear one person per group.

réglons les problèmes du reste de la population canadienne. Si les indicateurs de santé sont plus faibles qu'ils le seraient uniquement pour ces raisons, nous devons nous pencher sur des problèmes plus épineux. Je parle des restrictions culturelles. Je suis fort conscient de cet élément. Ce n'est peut-être pas aussi important que les indicateurs de santé.

Vous n'avez peut-être pas ces renseignements à la portée de la main, mais vous pouvez sans aucun doute comprendre pourquoi je pose la question.

M. Potter: Je pourrais vous fournir des précisions, mais je connais la réponse générale à ces questions. Vous avez posé la question: Existe-t-il une différence entre les indicateurs de santé des résidents de zones urbaines et de ceux qui vivent dans des régions isolées ou rurales. Oui, il existe une différence. Dans l'ensemble, elle existe également pour les Premières nations comme pour les autres Canadiens. Les gens vivant en région urbaine ont tendance à être en meilleure santé que ceux qui vivent en région rurale. L'éducation semble être un facteur: il y a un lien entre l'éducation et l'état de santé. Ainsi, les membres des Premières nations qui ont une meilleure éducation sont habituellement en meilleure santé.

Vous avez demandé s'il y avait un aspect culturel à ces différences. C'est une question à laquelle il est un peu plus difficile de répondre. Je crois que vous entendrez ce soir des témoins qui seront peut-être mieux en mesure de répondre que moi.

Cela semble avoir un impact sur l'état de santé puisque la santé semble être liée à un sens de contrôle et d'autorité et un sens d'appartenance.

Le sénateur Morin: Peut-être n'ai-je pas été clair. Je crois que nous devrions comparer les indicateurs de santé des petites collectivités isolées qui ne sont pas des collectivités autochtones aux indicateurs que l'on retrouve dans les réserves. S'ils sont clairement différents, cela veut dire qu'il y a un élément culturel. La majorité des petites collectivités du Québec sont canadiennes françaises et ne sont pas différentes des communautés urbaines.

Je sais qu'il y a une différence. Je sais que la restriction culturelle est une question importante sur laquelle il faut se pencher. J'essaie simplement de déterminer s'il y a un élément culturel associé aux indicateurs de santé faibles que nous retrouvons chez les Premières nations.

M. Potter: Je ne connais pas la réponse à la question. Nous pourrions nous pencher sur le dossier pour voir si de fait il y a un lien.

Le président: Cela nous serait utile puisque nous voulons passer également à une étude plus générale. Nous communiquerons avec vous plus tard, et nous vous rencontrerons sans aucun doute à nouveau à l'automne.

Sénateurs, nous devons maintenant entendre un groupe de six témoins. Je sais que plusieurs personnes aimeraient s'installer à la table. En raison de contraintes de temps et d'espace, nous devons n'entendre qu'une seule personne par groupe.

I know that some or all of the witnesses on the next panel have prepared some form of an opening statement. As we want to be able to ask as many questions as we probably have time for, I would ask the witnesses to be succinct, perhaps take five minutes to hit the high points and we will proceed from there.

Our next witness is Elaine Johnston from the Assembly of First Nations.

Ms Elaine Johnston, Director of Health Services, Assembly of First Nations: Honourable senators, I am a registered nurse by profession. I am a First Nations member of the Serpent River First Nation. I have worked in many communities in the North. The issue of health of the First Nations people is very important to me because I have worked in communities that have suffered high rates of suicide. I have had to deal first-hand with some cases where young people have successfully committed suicide. As a nurse, I have found it heart-rending to deal with the families of these young suicides. When I speak about health, I speak about it because I have a passion for it in my heart.

One of the first things that I wish to bring to your attention — and I appreciate that one of the senators had brought forward the national chief's concerns — is the overall poor health status of the First Nations. There has been a lack of programs and services in communities and a lack of response by the federal government to implement the Royal Commission on Aboriginal Peoples' recommendations to improve the status quo.

Honourable senators have in front of them some of the statistics that were mentioned earlier: In 1995, the life expectancy for First Nations males was 69 and for First Nations females was 76. The mortality rate is 1.5 times greater. The chief causes of death are injury, poisoning, motor vehicle accidents and suicides. There are some key hot spots across the country where there is a high rate of suicide. Diabetes is two to three times higher in the Aboriginal community. Tuberculosis is 18 times higher. AIDS in the Aboriginal population is 11 times the national average.

The "First Nations Inuit Regional Health Survey," published by the Assembly of First Nations, compiles these statistics. We worked with our communities to gather the type of data you mentioned earlier. Our challenge has been in securing of funding from the federal government, in recognition of this survey as one of the tools to be able to collect the necessary information. There has been no recognition of our ability to collect that information.

The question was raised earlier about whether we can compare data from the North and the urban population in the south. We have attempted to do that, but the problem is the lack of funding from the government to enable that kind of research activity to take place.

We are particularly concerned about the link between the conditions in the First Nations communities and poor social and economic conditions such as below-poverty income levels,

Je sais que tous les témoins de ce groupe ont une déclaration préliminaire à faire. Comme nous voulons pouvoir poser le plus grand nombre de questions possible, je demanderais aux témoins d'être brefs et de faire ressortir en cinq minutes les faits saillants de leur exposé.

Notre premier témoin est Elaine Johnston, de l'Assemblée des premières nations.

Mme Elaine Johnston, directrice des services de santé, Assemblée des premières nations: Honorables sénateurs, je suis infirmière autorisée de profession. Je suis membre de la Première nation de Serpent River. J'ai travaillé dans de nombreuses collectivités du Nord. La question de la santé des membres des Premières nations m'importe beaucoup parce que j'ai travaillé dans des collectivités affligées par un taux de suicide élevé. J'ai dû moi-même faire face à des cas où des jeunes étaient parvenus à se suicider. À titre d'infirmière, j'ai eu beaucoup de mal à supporter la souffrance des familles de ces jeunes suicidés. Lorsque je parle de la santé, j'en parle avec passion.

L'une des premières choses sur lesquelles j'aimerais attirer votre attention — et je sais que l'un des sénateurs vous a transmis les préoccupations du chef national — est le piètre état de santé des Premières nations. Les programmes et les services manquent dans les collectivités autochtones et le gouvernement n'a pas encore donné suite aux recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones qui visent à améliorer la situation actuelle.

Vous avez devant les yeux, honorables sénateurs, certaines des statistiques qu'on vous a déjà citées. En 1995, l'espérance de vie chez les hommes des Premières nations était de 69 ans et chez les femmes, de 76 ans. Le taux de mortalité est de 1,5 fois plus élevé que dans la population générale. Les principales causes de décès sont les blessures, l'empoisonnement, les accidents de voiture et les suicides. Il existe des collectivités autochtones au pays où le taux de suicide est très élevé. L'incidence du diabète est de deux à trois fois supérieure dans la population autochtone à ce qu'elle est dans la population générale. L'incidence de la tuberculose est 18 fois plus élevée. Quant au sida, son incidence est 11 fois plus élevée dans la population autochtone que dans l'ensemble de la population canadienne.

L'«Étude de santé régionale chez les Premières nations et les Inuits» publiée par l'Assemblée des premières nations présente ces statistiques. Nous avons collaboré avec nos collectivités à recueillir les données qui vous ont été soumises. Le défi que nous avons dû relever est d'obtenir des fonds du gouvernement fédéral pour mener cette enquête dont l'objet est de nous permettre de recueillir l'information nécessaire. Or, le gouvernement n'a pas reconnu notre capacité de recueillir ce genre de renseignement.

On a posé la question plus tôt de savoir s'il est possible de comparer les données sur les résidents du Nord aux données sur la population urbaine du Sud. Nous avons tenté de le faire, mais la difficulté c'est que nous n'avons pas obtenu de fonds du gouvernement pour nous permettre de faire ce genre de recherche.

Nous nous préoccupons tout particulièrement du lien entre ce piètre état de santé et les conditions de vie qui prévalent dans les collectivités des Premières nations ainsi que les conditions

substandard and overcrowded housing, exposure to unsafe and polluted water, inadequate sewer systems, and lack of professional care and other services. We must look at the broader determinants of health if we look at health in general.

It is interesting that the World Health Organization has recognized that individual good health can best be ensured through maintenance of healthy social, economic and cultural systems. Conversely, the exploitation and humiliation of societies will inevitably lead to both collective and individual ill health.

First Nations have struggled through years of oppression and the imposition of colonial government legislation; the impacts of which are evident in our communities in the forms of ill health, addictions and the struggle to assert our inherent right to be self-governing. If First Nations are to attain the level of health enjoyed by mainstream Canadians, it will be through the assertion of our inherent right to govern and the resurgence of our language and our cultural practices.

The First Nations' right to self-determination on governance and the application of governance is fundamental to building healthy communities and infrastructures. The imposition of colonial mentality and legislation still exists today. I say this because the Minister of Indian Affairs has announced his intention to develop and impose governance in legislation that will dictate further how First Nations will govern and be governed. It is a systematic application of oppression that will continue to undermine the inherent right of First Nations to self-government.

The current health and social environment has resulted in low numbers of First Nations individuals completing formal education. One-quarter of First Nations people have less than a grade 9 education and only 3 per cent have a university degree. Over half of the First Nations population is under the age of 25. Coinciding with the lack of completed education are high levels of unemployment and reliance on social assistance for income.

Forty-nine per cent of First Nations individuals 15 years and older have an annual income of less than \$10,000, and the average annual income of Aboriginal people is \$17,382.

This low level of income is a direct contributor to the poor health and social status and high incarceration rates of First Nations. Low self-esteem, perpetuated by lack of education, low income, inadequate and overcrowded housing, can be replaced by pride and hope as First Nations assert and implement their own governments systems. Poverty, ill health, educational failure, family violence and other problems reinforce one another.

To break this cycle, all determinants should be addressed together in a coordinated strategy — not a piecemeal approach. It is in the best interests of the Canadian nation for First Nations to

sociales et économiques déplorables dans ces collectivités où les gens vivent en deçà du seuil de pauvreté, s'entassent à plusieurs dans des logements insalubres, sont exposés à de l'eau polluée, où les systèmes d'égout sont inadéquats et où les services professionnels notamment n'existent pas. Quant on parle de santé en général, il faut tenir compte des divers facteurs qui influent sur la santé.

Il est intéressant de noter que l'Organisation mondiale de la santé reconnaît qu'un bon état de santé repose sur le maintien de systèmes sociaux, économiques et culturels sains. Inversement, l'exploitation et l'humiliation des sociétés mèneront inévitablement à des problèmes de santé aux niveaux collectif et individuel.

Les Premières nations ont connu des années d'oppression et de colonisation; les conséquences de cette situation sont évidentes dans les collectivités et prennent la forme de maladies, de toxicomanies et de luttes pour affirmer le droit inhérent à l'autodétermination. L'amélioration de l'état de santé général des Premières nations passe par l'affirmation de notre droit inhérent à l'autonomie gouvernementale ainsi que par la revigoration de nos langues et de nos pratiques culturelles.

La reconnaissance du droit des Premières nations à l'autonomie gouvernementale est essentielle à la santé des collectivités et des infrastructures. Le colonialisme se reflète cependant encore dans les mentalités et la législation. Si je fais cette remarque, c'est que le ministre des Affaires indiennes a annoncé son intention d'imposer une loi qui dictera encore davantage aux Premières nations comment elles se gouverneront et seront gouvernées. Cette oppression systématique continuera de miner le droit inhérent des Premières nations à l'autodétermination.

On peut attribuer le fort taux de décrochage chez les Premières nations au piètre état de santé et aux mauvaises conditions sociales dans lesquels elles vivent. Le quart des membres des Premières nations n'ont pas terminé leur neuvième année et seulement 3 p. 100 d'entre eux possèdent un diplôme universitaire. Plus de la moitié de la population des Premières nations a moins de 25 ans. Le fort taux de décrochage scolaire s'accompagne de taux de chômage élevés et d'une dépendance sur l'aide sociale.

Quarante-neuf pour cent des membres des Premières nations d'au moins 15 ans ont un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ et le revenu annuel moyen des Autochtones s'élève à 17 382 \$.

Ce faible niveau de revenu a un lien direct avec le mauvais état de santé des Premières nations, les piètres conditions sociales dans lesquelles elles vivent et le taux d'incarcération élevé qui les afflige. Le manque d'estime de soi, qu'on peut attribuer au manque d'éducation, au faible revenu et aux conditions de logement inadéquates qui caractérisent les Premières nations peut être remplacé par la fierté et l'espoir que les Premières nations puissent véritablement se gouverner. La pauvreté, la mauvaise santé, le manque d'éducation, la violence familiale et d'autres problèmes constituent un cercle vicieux.

Pour briser ce cycle, il faut adopter une stratégie coordonnée permettant de lutter contre ces problèmes. Il est dans l'intérêt de tout le Canada que les Premières nations adoptent des modèles

determine the processes and frameworks that will result in viable governance models that will yield healthy communities. As First Nations governance emerges from First Nations-driven processes, valuable contributions to the Canadian economy and infrastructures will result.

The First Nations concept of wellness encompasses the four realms of human existence. Some First Nations refer to this concept as "the medicine wheel." It is believed that well-being and optimum health can only be achieved by addressing not only the physical aspects of health, but also the emotional, mental and spiritual needs of an individual. Those fundamentals make the First Nation view far more holistic than the biomedical model. I speak as a nurse having gone through a nursing program that was very much a biomedical model and does not look at all aspects of health.

The medicine wheel illustrates that First Nations people believe that a person is not only a body. If a person is to be healthy or achieve wellness then each of the four aspects of their life must be in balance. Appropriate attention must be given to each of the four aspects of a person. Not only must one be balanced, one must live in a balanced, harmonic community. Harmony must be addressed at all levels of existence and aspects of life. The prevention of illness and the promotion of good health and healthy lifestyles must be addressed through healthy communities and governments.

Issues of Health Canada's accountability to First Nations and Parliament should be addressed through evaluations of current health promotion and prevention activities and conducted jointly with First Nations. Comprehensive approaches and strategies need to be developed in partnership with First Nations that will embrace cultural practices and best practices while supporting the governance strategies of First Nations.

First Nations have a unique relationship with the Crown — the federal government. This relationship is based on historical documentation and the treaties developed between the two that were the basis for peaceful coexistence. First Nations were distinct and governing nations when these treaties and relationships were developed, and continue to assert the right to be distinct and governing nations today.

The treaties define a fiduciary responsibility of the federal government to First Nations. First Nations maintain that any discussions, policies or legislation that is developed by the federal government must be done in partnership with the First Nations.

A partnership process that respects the historical relationship between the First Nations and the Crown, and recognizes the inherent right of First Nations to be self-determining and governing will provide a basis from which to enhance capacity and result in healthier communities and economies.

Treaty implementation processes and land claims resolutions have been impeded by the lack of cooperation on the part of provincial governments in meeting Crown obligations to First Nations. First Nations maintain that they must be involved in all

d'intendance viables qui leur permettront de créer des collectivités en santé. Ce processus permettra aux Premières nations de contribuer de façon valable à l'économie et aux infrastructures canadiennes.

Chez les Premières nations, le concept de bien-être englobe les quatre aspects de l'existence humaine. Certaines Premières nations appellent ce concept «cercle d'influences». On estime que le bien-être et l'état de santé optimal sont liés non seulement aux aspects physiques de la santé, mais aussi aux besoins émotifs, mentaux et spirituels de la personne. Il en découle que les Premières nations ont une vue d'ensemble de la santé contrairement au modèle biomédical. Je parle ici à titre d'infirmière dont la formation repose sur le modèle biomédical qui ne tient pas compte de tous les aspects de la santé.

Le cercle d'influences reflète le fait que les Premières nations ne voient pas la personne comme un corps seulement. Pour qu'une personne soit en santé ou atteigne l'état de bien-être, il doit exister un équilibre dans les quatre aspects de notre vie. L'attention voulue doit être portée à ces quatre aspects de la personne. Il faut qu'une personne ne soit pas qu'équilibrée mais qu'elle vive aussi en harmonie avec sa collectivité. L'harmonie doit se refléter à tous les niveaux et dans tous les aspects de notre vie. La prévention de la maladie et la promotion de la santé et de modes de vie sains passent par la création de collectivités et de gouvernements en santé.

Pour établir dans quelles mesures Santé Canada s'acquitte de ses responsabilités à l'égard des Premières nations et du Parlement, il conviendrait, en collaboration avec les Premières nations, d'évaluer les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies mises en oeuvre par le ministère. Des stratégies globales doivent être élaborées en collaboration avec les Premières nations, des stratégies qui accorderont la place voulue aux pratiques culturelles et aux pratiques exemplaires tout en appuyant l'objectif de l'autodétermination des Premières nations.

Les Premières nations ont une relation particulière avec la Couronne, c'est-à-dire le gouvernement fédéral. Cette relation se fonde sur des textes et des traités historiques reposant sur l'objectif de la coexistence pacifique. Les Premières nations étaient des nations au moment où ces traités et ces relations ont été établis et elles continuent aujourd'hui d'affirmer leur droit à s'autogouverner.

Les traités précisent la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral à l'égard des Premières nations. Les Premières nations soutiennent qu'elles doivent participer à l'élaboration des politiques et des lois qui les visent.

Un partenariat respectant la relation historique qui existe entre les Premières nations et la Couronne et reconnaissant le droit inhérent des Premières nations à s'autogouverner donnera aux Premières nations les moyens d'améliorer leur sort et se traduira par des collectivités et des économies en santé.

La mise en oeuvre des traités et le règlement des revendications territoriales ont été compromis par le manque de collaboration des gouvernements provinciaux qui eux aussi ont des obligations à l'égard des Premières nations. Les Premières nations soutiennent

discussions or any policy and legislative developments that they feel impact First Nations. The provinces should only be involved if both the First Nations and the federal government agree that provincial involvement is necessary to the successful completion of the task.

The federal government has begun a devolution process, particularly in the area of health services. This process involves the transfer of health and social funding to the provincial governments to deliver health, social and educational services. Funding levels are determined by a formula based on the provincial population, including First Nations located within the geographic boundaries of the province.

This transfer process was developed without any First Nations involvement. The federal government engaged the provincial ministers in the development of the social union framework and excluded the First Nations leadership from participating. It is imperative that First Nations leadership is involved in all discussions on the Social Union Framework Agreement and Canada Health and Social Transfers. As First Nations emerge as self-governing nations — as is their inherent right enshrined in the Constitution of Canada — the Social Union Framework Agreement will have even greater implications and complications as First Nations are forced to negotiate with provincial governments for health services.

There is no impetus for the provinces to enter negotiations with First Nations; there are no treaties or fiduciary responsibilities with the provinces. That is why it is imperative for the federal government to include First Nations in the processes and policy developments that devolve the federal responsibility to First Nations to the provinces.

Further, the federal government, through the First Nation Inuit Health Branch of Health Canada, has been involved in the administrative transfer of health services to First Nations communities. This transfer initiative occurred under the guise of self-determination and self-government, but has resulted in little authority over the delivery of health service. This initiative was basically an administrative transfer attempting to devolve the federal government of the financial burden of delivering health services to a population that is growing at twice the rate of mainstream Canada and has a level of health status that is comparable to Third World countries. First Nations that have accepted health transfer are struggling to maintain the level of service prior to transfer and are running into deficit situations while services are decreasing.

The Non-Insured Health Benefit Program provides extended health services and prescription drugs for First Nations. This program was developed with the goal of raising the level of health

qu'elles doivent participer à toutes les discussions ainsi qu'à l'élaboration de toutes politiques et lois les visant. Les provinces ne devraient participer au processus que lorsque les Premières nations et le gouvernement fédéral conviennent que c'est nécessaire à la réalisation de l'objectif visé.

Le gouvernement fédéral a lancé un processus de transfert des responsabilités, particulièrement dans le domaine de la santé. Ce processus prévoit le transfert des fonds au titre de la santé et des services sociaux aux gouvernements provinciaux qui sont chargés de dispenser des services dans le domaine de la santé, des services sociaux et l'éducation. Le niveau de financement est établi selon une formule fondée sur la population provinciale, laquelle comprend les Premières nations situées dans les limites de la province.

Ce processus a été établi sans la participation des Premières nations. Le gouvernement fédéral et les provinces se sont entendus sur le cadre de l'union sociale et ont exclu les dirigeants des Premières nations de ces discussions. Il est impérieux que les dirigeants des Premières nations participent aux discussions sur l'entente cadre sur l'union sociale et sur le Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. À mesure que les Premières nations s'autogouverneront et que leur droit inhérent à l'autodétermination sera reconnu dans la Constitution canadienne, l'entente cadre sur l'union sociale revêtira encore plus d'importance pour les Premières nations puisqu'elles devront négocier avec les gouvernements provinciaux pour obtenir des services de santé.

Rien n'incite les provinces à négocier avec les Premières nations; les provinces n'ont pas conclu de traités avec les Premières nations et n'ont pas de responsabilités fiduciaires à leur égard. Voilà pourquoi il est impérieux que le gouvernement fédéral prévoie la participation des Premières nations aux discussions et à l'élaboration des politiques visant le transfert des responsabilités fédérales à l'égard des Premières nations aux provinces.

En outre, le gouvernement fédéral, par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, a participé au transfert administratif des services de santé aux collectivités des Premières nations. Cette initiative qui est supposément liée à la reconnaissance du droit des Autochtones à s'autogouverner n'a pas vraiment permis aux Premières nations d'avoir un véritable droit de regard sur la prestation des services de santé. Il s'agissait essentiellement d'un transfert administratif pour lequel le gouvernement fédéral cherchait à refiler à un autre palier de gouvernement la responsabilité financière de la prestation de services de santé à une population dont le taux de croissance est deux fois celui de l'ensemble de la population canadienne et dont le niveau de santé est comparable aux populations du tiers monde. Les Premières nations qui ont accepté le transfert des responsabilités en matière de services de santé parviennent avec mal à offrir le même niveau de services qu'avant le transfert et font face à des déficits dans le domaine de la santé alors que les services offerts diminuent.

En vertu du Programme des services de santé non assurés, les Premières nations ont droit à des services de santé étendus et à des médicaments d'ordonnance. Ce programme a été mis sur pied

in First Nation communities to that of the rest of Canada. While expenditures in this program have increased dramatically, the health status of First Nations has not. The level of funding for the delivery of health services has not met the needs of First Nations. The transfer of programs at the current funding levels and without opportunities to open the envelope to address actual needs is a recipe for failure of First Nations attempts to administer these programs. First Nations must be participants in the development of the federal plans to transfer and devolve health services.

First Nations governments and leaders have the capacity to involve their grassroots communities in the development of frameworks and strategies that will meet the health needs of the First Nations using responsible, transparent and appropriate resource management. Currently First Nations are involved in several joint initiatives with the federal government that are resulting in meaningful discussions and developments. The health renewal process of Health Canada is one example of such a partnership. This initiative is examining the current health delivery system of First Nations Inuit Health Branch and determining the most feasible deliverable strategy that would address the needs and issues of First Nations and optimizing the use of resources.

First Nations have maintained a willingness to enter meaningful partnerships with the federal government to develop strategies and frameworks that will address the needs of First Nations communities and promote the First Nations agenda of self-determination, governance and protecting all inherent and treaty rights. First Nations will embrace the opportunities to be included as equal partners in the study of Canada's health care system, as well as any discussions, other system analyses or legislative initiatives would impact on the delivery of services to their constituents.

I would like to conclude by saying that the message I wish to leave with the committee is that if we are to improve the health status of First Nations in our communities, the First Nations need to be involved in the development of those strategies. We have some valuable contributions to make in existing practices in which we have been involved. We do have the answers. As the Senate committee develops some options, we would like to present some possible strategies to help you.

I understand that the Senate committee is very interested in the health of Aboriginal people. I invite you to come to our communities to find out who we are. That is one way to find out the status of what is happening in our communities.

The Chairman: Thank you very much for your brief. We intend to talk to you again in the fall. Perhaps I could ask you to answer one question in relation to your opening comment when you stated that there were a number of research studies that you

dans l'objectif de relever le niveau de santé des collectivités des Premières nations pour qu'il se compare à celui du reste du Canada. Bien que les dépenses engagées au titre de ce programme aient augmenté considérablement, la santé des Premières nations ne s'est pas améliorée. Les fonds accordés au titre des services de santé ne suffisent pas à répondre aux besoins des Premières nations. Si le transfert de ces programmes ne s'accompagne pas de fonds supplémentaires, il est assuré que les Premières nations ne parviendront pas à les gérer de façon à ce qu'ils permettent d'améliorer la santé de leurs membres. Les Premières nations doivent participer à l'élaboration des plans fédéraux en vue du transfert des services de santé.

Les gouvernements et les dirigeants des Premières nations sont en mesure de faire participer leurs membres à l'élaboration des cadres et des stratégies permettant de répondre aux besoins de santé des Premières nations et elles peuvent recourir à cette fin à des méthodes de gestion des ressources adéquates et transparentes. Les Premières nations participent actuellement à plusieurs initiatives conjointes avec le gouvernement fédéral qui sont prometteuses. Le processus de renouvellement de la santé mis en oeuvre par Santé Canada est un exemple de ce genre de partenariat. Dans le cadre de cette initiative, on procède à un examen des services de santé actuellement offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits afin d'établir la stratégie la mieux indiquée pour répondre aux besoins des Premières nations et pour optimiser l'utilisation des ressources.

Les Premières nations continuent à vouloir établir de véritables partenariats avec le gouvernement fédéral en vue d'élaborer des stratégies et des cadres d'intervention qui permettront de répondre aux besoins des Premières nations et qui appuieront les efforts qu'elles déploient pour atteindre l'autodétermination, pour s'autogouverner et pour protéger leurs droits inhérents et leurs droits issus des traités. Les Premières nations souhaitent participer, à titre de partenaires égaux, à l'étude du système canadien de soins de santé ainsi qu'à toutes discussions, analyses ou initiatives législatives susceptibles d'avoir une incidence sur la prestation des services de santé à leurs membres.

J'aimerais conclure en faisant remarquer au comité que si l'on veut que la santé des collectivités des Premières nations s'améliore, il est nécessaire de faire participer les Premières nations à l'élaboration des stratégies d'intervention. Nous pouvons faire profiter le processus de notre expérience de certaines pratiques déjà en cours. Nous avons les réponses aux problèmes qui se posent dans le domaine de la santé. Nous aimerions aider le comité sénatorial à élaborer certaines options en vue de relever l'état de santé des collectivités des Premières nations.

Je crois comprendre que le comité sénatorial se préoccupe vivement de l'état de santé des peuples autochtones. Je vous invite à venir dans nos collectivités pour apprendre à nous connaître. Voilà une façon pour vous de vous rendre compte par vous-mêmes de ce qui se passe dans nos collectivités.

Le président: Je vous remercie beaucoup de votre exposé. Nous comptons vous parler de nouveau à l'automne. Permettez-moi de vous poser une question au sujet de votre déclaration préliminaire. Vous avez dit que vous aviez espéré

had hoped to get done and which were not being done. You said that the federal government was not funding the studies that would address some of the questions raised by Senator Morin earlier. Sometime over the next month, our researchers will contact you. It would be very helpful to know exactly what those studies should cover in your view.

Our next speaker is Mr. Morin from the Métis National Council:

Mr. Gerald Morin, President, Métis National Council: Good afternoon Mr. Chairman, senators, national Aboriginal leaders and fellow witnesses. The Métis National Council welcomes this opportunity to appear before the committee to address the issue of Aboriginal health. I wish to begin by thanking all the members of the committee for making the special arrangements to hear from the national Aboriginal leadership.

The Métis National Council is the national representative body of the Métis Nation in Canada. It was established in 1983, following the recognition of the Métis as a distinct people with Aboriginal rights in the Constitution of Canada. The Métis National Council has been recognized as a voice of the Métis Nation in constitutional negotiations and acts as an advocate and negotiator for the Métis with the Government of Canada at national conferences and forums. It also represents the interests of the Métis people on the international stage.

The Métis National Council is composed of local, regional and provincial organizations. The board of governors comprises presidents of each of the provincial member organizations and the president of the MNC. The five governing members within the MNC are: the Métis Nation of Ontario, the Manitoba Métis Federation, the Métis Nation of Saskatchewan, the Métis Nation of Alberta, and the Métis Provincial Council of British Columbia.

The regional or provincial presidents and their respective councils are elected through province-wide ballot-box elections in which all Métis have the right to vote. The MNC and our member organizations collectively represent the interests of the historic Métis Nation based in the Métis homeland in western Canada.

With respect to the capacity to deliver health programs, considerable capacity to deliver such programs exists within the member organizations of the MNC. In Manitoba, for example, the provincial government has begun to devolve family and social services to the Manitoba Métis Federation. In B.C., they recently signed a Métis Child and Family Services Agreement, which calls for devolution of those programs to the Métis Provincial Council of British Columbia.

Over many years, our member organizations — particularly in the Prairie Provinces — have developed many institutions to deal with a variety of issues including health, justice, family services,

pouvoir mener un certain nombre d'études mais que cela vous a été impossible. Vous avez fait valoir que le gouvernement fédéral ne finançait pas les études portant sur les questions qu'a soulevées plus tôt le sénateur Morin. Les attachés de recherche du comité communiqueront avec vous quelque temps au cours du mois. Il nous serait utile de connaître la nature des études auxquelles vous avez songé.

Nous accueillons maintenant M. Morin, du Ralliement national des Métis.

M. Gerald Morin, président, Ralliement national des Métis: Bonjour, monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs, dirigeants autochtones nationaux et autres témoins. Le Conseil national des Métis est heureux de l'occasion qui lui est donnée de comparaître aujourd'hui devant le comité qui étudie la question de l'état de santé des Autochtones. J'aimerais d'abord remercier tous les membres du comité d'avoir pris les dispositions voulues pour entendre les dirigeants autochtones nationaux.

Le Ralliement national des Métis est l'organisme national représentant la Nation métisse au Canada. Le ralliement a été créé en 1983 après que le gouvernement eut reconnu dans la Constitution du Canada que les Métis constituaient un peuple distinct ayant des droits autochtones. Le Ralliement national des Métis a été le porte-parole de la Nation métisse dans les négociations constitutionnelles, mais c'est lui qui défend le point de vue des Métis lors de négociations avec le gouvernement fédéral dans le cadre de conférences et de colloques nationaux. Il représente également les intérêts du peuple métis sur la scène internationale.

Le Ralliement national des Métis se compose d'organismes locaux, régionaux et provinciaux. Le conseil d'administration du Ralliement compte les présidents de chaque organisation membre provinciale ainsi que le président du RNM. Les cinq membres qui gouvernent le RNM sont: la Nation métisse de l'Ontario, la Fédération métisse du Manitoba, la Nation métisse de la Saskatchewan, la Nation métisse de l'Alberta et le Conseil provincial métis de la Colombie-Britannique.

Les présidents régionaux ou provinciaux ainsi que leurs conseils respectifs sont élus par scrutin secret tenu dans l'ensemble de la province auquel tous les Métis ont le droit de participer. Le RNM et nos organisations membres représentent collectivement les intérêts de la Nation métisse dont le foyer historique est l'ouest du Canada.

Les organismes membres du RNM possèdent des moyens considérables leur permettant de mettre en oeuvre des programmes de santé. Au Manitoba, par exemple, le gouvernement provincial a commencé à transférer les responsabilités en matière de services familiaux et sociaux à la Fédération des Métis du Manitoba. En Colombie-Britannique, aux termes d'un accord sur les services auprès des enfants et des familles métis, les responsabilités pour la mise en oeuvre de ces programmes doivent être transférées au Conseil provincial métis de la Colombie-Britannique.

Au fil des années, nos organisations membres — particulièrement dans les provinces des Prairies — ont créé de nombreuses institutions qui oeuvrent dans de nombreux domaines

addictions, and economic development. Collectively the member organizations deliver millions of dollars of programs and services to combat certain issues in our communities and to deal with the needs of our people. We have a long way to go in terms of addressing those issues and there are certain problems which I will talk about later, but we have begun the process and we do have the capacity to deliver these programs to our people.

The MNC is encouraged by the relationship that has been developing with Minister Ralph Goodale, the federal Métis interlocutor. Since "Gathering Strength," there has been a sincere commitment to pursue a forward-looking Métis Nation agenda between the Métis National Council and the federal government. We are hopeful that by this fall, based on the minister's submission to cabinet, we will get approval to move forward with a framework agreement on a Métis Nation agenda, which will address Métis rights, jurisdiction and program service delivery issues for us. This holds out a great deal of promise to help us overcome many of the challenges that we currently face with the federal government.

Unfortunately, Health Canada is being exclusionary at a time when other federal departments are opening their doors to the Métis. The department is also undermining the relationship that we want to build with the federal government. Health Canada delivers Aboriginal health programming primarily through the First Nations and Inuit Health Branch. This results in the exclusion of Métis people from most federal government health initiatives.

Mr. Potter, an ADM from Health Canada, told this committee that the staff of Health Canada cares deeply and passionately about the health of First Nations and Inuit people. What does it tell us about the health care of Métis people in Canada when he openly admits that they do not care about the Métis people at all, or he excludes our people from his comments? Using the term "Aboriginal" interchangeably with "First Nations" and "Inuit" excludes our people completely.

This is a real problem. Institutional racism and discrimination against our people make it very difficult for us to access health-related resources to combat some of these urgent issues that are as great in our communities as they are in other Aboriginal communities.

The overall health status of Métis people is as poor or worse than it is for other Aboriginal people — equivalent to Third World conditions. Life expectancy is lower; infectious diseases are more common; the incidence of life threatening conditions is rising; overall rates of injury, violence and self-destructive behaviours are high.

dont ceux de la santé, de la justice, des services familiaux, de la lutte contre les toxicomanes et du développement économique. Ensemble, nos organisations membres réalisent des programmes et dispensent des services d'une valeur de plusieurs millions de dollars dans le but de lutter contre certains des problèmes qui affligent nos collectivités ainsi que pour répondre aux besoins de notre peuple. Il nous reste encore beaucoup de chemin à faire pour régler vraiment ces problèmes dont je vous parlerai un peu plus tard, mais des efforts en ce sens sont en cours et nous disposons des moyens voulus à cette fin.

Le RNM estime avoir établi une bonne relation avec l'interlocuteur fédéral métis, le ministre Ralph Goodale. Depuis la publication de «Rassembler nos forces», le Rassemblement national des Métis et le gouvernement fédéral ont été animés d'un désir sincère de faire progresser les discussions portant sur les questions qui intéressent la Nation métisse. Nous avons bon espoir que cet automne, le cabinet approuve le mémoire que le ministre lui a présenté et qui porte sur la signature d'un accord cadre avec la Nation métisse qui précisera ses droits ainsi que ses compétences en ce qui touche la prestation de services. Nous misons sur cet accord cadre pour surmonter certaines des difficultés auxquelles nous faisons face dans nos rapports avec le gouvernement fédéral.

Malheureusement, Santé Canada ne semble pas prêt comme d'autres ministères fédéraux à permettre la participation des Métis. Le ministère mine la relation que nous voulons construire avec le gouvernement fédéral. À Santé Canada, c'est surtout la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits qui met en oeuvre des programmes de santé destinés aux Autochtones. Il en résulte que les Métis sont exclus de la plupart des initiatives fédérales en matière de santé.

M. Potter, sous-ministre adjoint de Santé Canada, a affirmé au comité que le personnel de Santé Canada se préoccupe énormément de la santé des Premières nations et des Inuits. Que faut-il comprendre au sujet de la santé des Métis au Canada lorsqu'il admet ouvertement que le personnel du ministère ne se préoccupe pas du tout des Métis ou qu'il exclut notre peuple dans ses propos? Lorsqu'on considère que le terme «Autochtone» s'entend exclusivement des «Premières nations» et des «Inuits», cela exclut complètement notre peuple.

Il s'agit d'un véritable problème. Le racisme et la discrimination institutionnels à l'égard de notre peuple fait en sorte qu'il nous est très difficile d'avoir accès aux ressources de santé voulues pour lutter contre les problèmes urgents auxquels sont confrontées nos collectivités comme d'autres collectivités autochtones.

L'état de santé global des Métis est aussi mauvais ou est même pire que celui d'autres Autochtones. Il est équivalent à l'état de santé des gens qui vivent dans le tiers monde. L'espérance de vie des Métis est moins élevée que celle de la population en général; les maladies infectieuses y sont plus fréquentes; le taux d'affliction pouvant causer la mort est plus élevé que dans l'ensemble de la population ainsi que le nombre de blessures, d'agressions violentes et de comportements autodestructeurs.

With respect to the national debate on health care, there is every sign that this debate will intensify as provincial and federal governments continue to struggle over the future of the health care system in Canada. Aboriginal people represent a small proportion of Canada's total overall population; yet as a group we are disproportionately affected by ill health.

The question for us is not a charitable one of gaining increased access to the Canadian health system. The Métis are recognized as an Aboriginal people; we are one of the three Aboriginal peoples recognized in the Constitution of Canada, which is the highest law of the land. We have inherent rights that are enshrined in the Constitution and those rights are also enshrined in international law and instruments. We must not allow the federal government to sidestep the central issue of the rights of Métis people and of our right to self-determination.

Despite the fact that the Canadian health care system has been praised as one of the best in the world, quality health care does not exist for many Métis people. Federal and provincial jurisdictional disputes, cultural barriers and geographic isolation that impede our access to the health care system. Métis communities are facing many of same health challenges as other Aboriginal communities but the difference is that Métis health issues receive limited and scant attention from the federal government. The fundamental issue at stake for the Métis is the unwillingness of Health Canada to deal equitably and fairly with the Métis people as one of the indigenous peoples in Canada.

Furthermore, one of our major problems is that since Confederation, the federal government has held the position they do not have constitutional responsibility for Métis people as they do for First Nations and Inuit people. This amounts to institutional racism and discrimination in that our people are not able to pursue self-determination with the federal government, pursue rights-based issues such as access to land and resources to improve the well-being of our peoples. It also means that we have little or no access to all of the programs that are available through the federal government for Aboriginal people to address the same terrible conditions that exist in our communities.

In understanding Métis health issues it is important to remember that many of our communities lack basic health services; the health care system is not equally accessible to all. For those living in northern and isolated communities there is a lack of specialized services and the costs of health are prohibitive. The present system is fragmented and our communities would benefit from a health delivery model that integrates both social and health services.

The problems are holistic. To deal with these issues we must proceed in a holistic fashion in dealing with social, economic and health conditions in our communities in addition to getting to the root of the problem: Métis rights and self-determination on behalf of our people within Canada.

Tout semble indiquer que le débat national sur les soins de santé s'intensifiera à mesure que les gouvernements provinciaux et fédéral continueront de s'interroger au sujet de l'avenir du système de soins de santé au Canada. Les Autochtones ne représentent qu'une faible partie de la population globale du Canada; or, un nombre disproportionné d'Autochtones sont en mauvaise santé.

Il ne s'agit pas pour nous d'obtenir par charité un accès accru au système de santé canadien. Les Métis sont considérés comme un peuple autochtone; nous sommes l'un des trois peuples autochtones reconnus dans la Constitution du Canada, la loi suprême du pays. Nous possédons des droits inhérents qui sont inscrits dans la Constitution ainsi que dans le droit et les textes internationaux. Nous ne permettrons pas au gouvernement fédéral de faire fi des droits du peuple métis et de notre droit à l'autodétermination.

Bien que le système de santé du Canada soit reconnu comme l'un des meilleurs au monde, de nombreux Métis n'ont pas accès à des soins de qualité. Les querelles de compétence fédérales-provinciales, les obstacles culturels et l'isolement géographique réduisent notre accès au système de soins de santé. Les collectivités métisses font face à bon nombre des mêmes problèmes que ceux que connaissent les autres collectivités autochtones à la différence que le gouvernement fédéral ne prête pas vraiment beaucoup d'attention aux questions de santé touchant les Autochtones. Le problème fondamental qui se pose est que Santé Canada n'est pas prêt à traiter équitablement les Métis et à les considérer comme l'un des peuples autochtones du Canada.

De plus, l'un des grands problèmes pour nous, c'est que, depuis la Confédération, le gouvernement fédéral prétend qu'il n'a aucune responsabilité constitutionnelle à l'égard du peuple métis, comme c'est le cas pour les Premières nations et les Inuits. Voilà qui revient à une forme de racisme et de discrimination érigée en système, du fait que notre peuple ne peut pas aborder avec le gouvernement fédéral la question de l'autodétermination, ainsi que d'autres questions liées aux droits comme l'accès au territoire et aux ressources qui nous permettrait d'améliorer le bien-être de nos populations. Cela veut dire également que nous n'avons à peu près pas accès à l'ensemble des programmes offerts par le truchement du gouvernement fédéral aux peuples autochtones pour les aider à surmonter les mêmes conditions de vie terribles que celles qui existent dans nos collectivités.

En matière de santé, il faut savoir que bon nombre des collectivités métisses manquent de services de santé de base. Le système de soins de santé n'est pas également accessible à tous. Pour ceux qui vivent dans les régions nordiques et des collectivités isolées, il manque de services spécialisés et les coûts de santé sont exorbitants. Le système actuel est fragmenté et il serait avantageux pour nos collectivités de bénéficier de régimes de prestations de soins de santé où seraient intégrés les services sociaux et les services de santé.

Les problèmes sont globaux. Une approche globale s'impose donc. Il faut aborder les aspects sociaux, économiques et sanitaires en plus de régler le problème de fond, à savoir la question des droits des Métis et de l'autodétermination de notre peuple au sein du Canada.

The MNC believes whatever improvements are made to the Canadian health system, they must include rules of access that give an equal opportunity for physical and social health to all Métis people.

I will not go into great detail with regard to issues of research. However, I would like to say that there is not enough information – research and data – relating to Aboriginal people and that is a problem for our people.

There are some statistics as part of the post-census survey done by Statistics Canada in 1996 and perhaps some by the Royal Commission on Aboriginal Peoples. There is a terrible lack of research, data and information with respect to the health conditions and the demographics of Métis people in this country.

As part of overcoming the jurisdictional issue and getting fair access and a fair deal with the federal government, we need a Métis Nation registry to enumerate our people to see how many Métis people there are where they live. This would provide us with demographic information, which would be helpful in determining how to best address the social and economic conditions that exist in our communities.

Our people face many barriers to good health. They live in substandard housing and many of them are poor. These issues must be addressed. I talked about the violence, alienation and the despair. There are also low literacy rates and lack of access to health services. All these must be considered in trying to achieve the overall good health of our people.

The Aboriginal diabetes initiative was recommended by “Gathering Strength.” The diabetes rate among our people is very high. The federal government is spending \$58 million over five years on the Aboriginal diabetes initiative, however, little of this funding will reach the hands of Métis people.

The Métis and off-reserve portion of this program has been restricted to prevention and education initiatives, whereas the on-reserve and Inuit program deals with care and treatment issues.

At the close of this last fiscal year 2001 Health Canada reported that the Métis off-reserve Aboriginal Urban and Inuit Prevention Program has lapsed 74 per cent of its funding; \$1.85 million went back to the federal government because it had not been spent on what it was committed for. In spite of that fact, the Métis National Council submitted proposals, which were summarily rejected by Health Canada. So, we are not able to access monies that are allocated to us by the federal government and were lapsed. That is one of the problems. We also have some serious concerns about the diabetes initiatives and we need to address that issue.

Pour le RNM, il importe que toute amélioration apportée au système canadien de soins de santé englobe des règles d'accès qui accordent des possibilités égales de soins de santé et de services sociaux à l'ensemble de la population métisse.

Je n'aborderai pas la question de la recherche de façon détaillée. Cependant, j'aimerais faire savoir qu'il n'existe pas suffisamment d'information — en matière de recherche et des données — concernant les peuples autochtones et que cela nous pose problème.

Certaines statistiques sont fournies par l'une enquête post-censitaire de Statistique Canada de 1996 et d'autres aussi par la Commission royale sur les peuples autochtones. Il y a cependant une pénurie grave de recherches, de données et de renseignements concernant la santé et la démographie des Métis au Canada.

Pour résoudre la question des compétences notamment et obtenir un accès équitable aux programmes du gouvernement fédéral, il nous faut un répertoire national des Métis, de manière à ce que nous puissions recenser nos gens et savoir combien il y a de Métis et où ils vivent. Nous disposerions ainsi d'informations utiles sur le plan démographique. Elles nous permettraient de déterminer comment améliorer la situation économique et sociale de nos collectivités.

Pour nous, les obstacles sont nombreux en matière de santé. Nos gens vivent dans des logements insalubres et, dans bien des cas, ils sont pauvres. Il faut régler ces problèmes. J'ai déjà parlé de violence, d'aliénation et de désespoir. Parlons également des faibles taux d'alphabétisation et de l'accès restreint aux services de santé. Il faut envisager tous ces aspects pour améliorer la santé de notre population dans une perspective globale.

Dans le document «Rassembler nos forces», on recommandait une initiative autochtone visant le diabète. Effectivement, le taux de diabète est très élevé parmi les nôtres. Le gouvernement va dépenser 58 millions de dollars sur cinq ans dans le cadre de l'initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones. Cependant, bien peu de ce financement visera les Métis.

Le volet du programme visant les Métis et les initiatives hors réserve a été limité à des mesures de prévention et de vulgarisation. Par contre, sur les réserves et chez les Inuits, le programme vise l'aspect des soins et du traitement.

À la fin de la dernière année financière, soit l'année 2001, Santé Canada indiquait que le programme de prévention visant les Métis, les Autochtones hors réserve et les Inuits affichait une préemption de 74 p. 100 de son financement. Ainsi, 1,85 million de dollars est retourné au gouvernement fédéral parce qu'ils n'avaient pas été dépensés selon les affectations prévues. Pourtant, le Conseil national des Métis avait déposé des propositions, lesquelles avaient été rejetées du revers de la main par Santé Canada. Ainsi, nous n'avons pas accès à des sommes qui nous ont été affectées par le gouvernement fédéral et qui sont devenues périmées. Voilà l'un des problèmes. Nous nous interrogeons sérieusement, par ailleurs, au sujet des initiatives en matière de lutte contre le diabète et il nous faut certainement trouver des solutions à cet égard.

On the national Aboriginal health organization, we were very happy that the federal government announced that it would move with the Aboriginal Health Institute as part of "Gathering Strength." We agree with this in principle, however we do have some serious concerns. First, it is being implemented in a pan-Aboriginal model where Métis are marginalized. We have two members on a 15-member board. Second, it is being implemented in such a manner as to bypass the legitimate representative organizations of the Métis Nation.

I wish state clearly that the MNC has the jurisdiction and the mandate to represent the Métis Nation on all matters, including those related to health. The National Aboriginal Health Organization or any other organization cannot usurp our jurisdiction to represent our people and we will continue to represent the interests of our people in all matters — certainly in the area of health related matters.

Thank you for listening to me. We need leadership in this particular area and we are prepared to work with you in achieving solutions and better health for our people and for all Canadians.

The Chairman: The Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health will be on the panel immediately following so you may well wish to on and listen.

Our third speaker is Larry Gordon from the Inuit Tapirisat of Canada.

Mr. Larry Gordon, Inuit Tapirisat of Canada: On behalf of the Inuit Tapirisat of Canada, I am pleased to make this presentation to you. It is our hope that the information we are about to share will assist us in providing direction as we work towards changing the face or the direction of Inuit health.

I am an executive director with the Community Development Division of the Inuvialuit Regional Corporation in Inuvik. I am a member of the Inuit Tapirisat Health Committee. Other staff members of the health committee have joined me for this presentation.

As you have copies of our brief, I will not summarize it here. I would like to give the committee some food for thought on some of the key issues faced by the Inuit in Canada's north.

I would like to start by telling you who the Inuit are. There are thousands of Inuit living in the south, but the majority of Inuit live in 53 remote communities across Canada's North, in Northern Labrador, Inuvik, and Northern Quebec, in Nunavut and the Northwest Territories. Most of our communities are only accessible by air, therefore, the cost of living, including transportation, food, and housing expenses are probably the highest in Canada and as such adequate health is a challenge for us.

The health services and programs available to the Inuit do not begin to approach what is taken for granted by southern Canadians. We know that achieving parity will take some time.

Pour ce qui est de l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones, nous avons accueilli favorablement l'annonce du gouvernement fédéral selon laquelle elle serait intégrée à l'Institut de la santé autochtone dans le cadre de recommandations de «Rassembler nos forces». Nous sommes d'accord en principe, même si nous entretenons de sérieuses inquiétudes à cet égard. Tout d'abord, la mise en oeuvre englobe l'ensemble des Autochtones et les Métis sont marginalisés. Nous comptons deux membres sur un conseil de 15 membres. En deuxième lieu, la mise en oeuvre est prévue de manière à court-circuiter les organisations qui représentent de façon légitime la Nation métisse.

Je tiens à affirmer bien clairement que le CNM a la compétence et le mandat pour représenter la Nation métisse sur toutes les questions, y compris celles qui ont trait à la santé. Ni l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones, ni une autre organisation ne peut usurper notre compétence comme représentant de notre peuple et nous allons continuer à représenter les intérêts de notre peuple sur toutes les questions — et certainement dans le domaine de la santé.

Je vous remercie de m'avoir écouté. Il faut des initiatives en matière de santé et nous sommes disposés à collaborer avec vous pour trouver des solutions et pour assurer une meilleure santé à notre peuple et à l'ensemble des Canadiens.

Le président: Le directeur scientifique de l'Institut de la santé autochtone comparaitra tout juste après vous et peut-être voulez-vous rester pour l'entendre.

Notre troisième intervenant est M. Larry Gordon, de Inuit Tapirisat du Canada.

M. Larry Gordon, Inuit Tapirisat du Canada: Je suis content de prendre la parole au nom d'Inuit Tapirisat du Canada. Nous espérons que les renseignements que nous allons partager avec vous vont nous aider dans nos orientations alors que nous cherchons transformer radicalement la santé des Inuits.

Je suis le directeur exécutif de la Division du développement communautaire de la Corporation régionale inuvialuite, à Inuvik. Je fais partie du Comité de la santé de l'Inuit Tapirisat. D'autres membres du Comité de la santé participent à cet exposé.

Puisque vous avez en main notre mémoire, je ne vais pas le résumer. J'aimerais donner au comité matière à réflexion sur certains enjeux clés qui confrontent les Inuits du Nord du Canada.

Permettez-moi tout d'abord de vous dire qui sont les Inuits. Des milliers d'entre eux vivent dans le sud, mais la majorité des Inuits vivent dans 53 localités isolées éparpillées dans le nord du Canada, dans le nord du Labrador, à Inuvik, dans le nord du Québec, au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest. La plupart de nos localités ne sont accessibles que par voie aérienne. Par conséquent, le coût de la vie, qui englobe les frais de transport, d'alimentation et de logement, est probablement le plus élevé au Canada, ce qui fait qu'un bon état de santé représente un défi pour nous.

Les services et programmes de santé accessibles avec aux Inuits sont bien loin de ceux que les Canadiens du sud prennent pour acquis. Nous savons que l'égalité n'est pas réalisable du jour au

We are also aware of the constraints imposed by the isolation of our communities. We are committed to working together towards achieving our goal so we can have health services at the level that we need.

For example, patients with serious health problems are treated in major northern centres or are flown down south. This results in separation for families and the community and it impacts on the individual's physical well-being and their recovery time. This also has an emotional effect on patients, their families and their communities. There are also additional financial costs, including transportation and living expenses for those who do come south as translators or as escorts.

The range, quality and delivery of services in the north vary among regions, but there is one common feature in the provision of health care: the small health centres, which have a limited range of service. Life-saving medical equipment — such as defibrillators — considered essential in southern Canada, are not available in most northern small communities.

The Inuit are addressing some of their basic health services and needs in partnership with the federal, territorial and provincial government. Some examples include the successful establishment of midwifery centres in Rankin Inlet, Pangnirtung and Povungnituk. There is also an elders group in Pangnirtung that is addressing mental health issues faced by the youth in that community.

In Labrador, there is a flexible, innovative community-based approach to the delivery of a range of health programs, which are delivered by the Labrador Inuit Health Commission. The community health committees provide input into their commission on local needs and have considerable latitude in determining how services will be designed and delivered in such areas as mental health and home community care and diabetes.

These projects I have mentioned offer solid examples of how cooperation between the Inuit and the federal, territorial and provincial governments can provide for needs locally. These needs are met through appropriate cultural context.

It is important to keep in mind the perspective that our culture, our way of life, and the natural resources form the foundation of our nutrition and our health. However, in recent years this foundation has come under attack with the increased contamination of the Arctic food chain by pollutants from both national and international sources. The link between environmental change such as global warming and the influx of environmental contaminants must be established. The effects of these changes on health include, but may not be limited to, increased cancer rates, neurological effects, nutritional effects, and rising incidence of chronic diseases such as heart disease and diabetes.

On average, Inuit women's breast milk has PCB levels five times higher than that of women in southern Canada. It is not reasonable or practical to ask the Inuit to stop eating country

lendemain et que nous sommes ici victimes de l'isolement de nos collectivités. Nous avons par contre la volonté de collaborer pour réaliser notre objectif, de sorte que les services de santé atteindront le niveau qui correspond à nos besoins.

Par exemple, les patients qui souffrent de maladies graves sont traités dans les grands centres nordiques ou transportés par avion au sud. Ainsi, des familles et des collectivités sont séparées et cela se répercute sur le bien-être des personnes et la durée de leur convalescence. Cette situation a aussi un effet psychologique sur les patients, leur famille et leur collectivité. Cela entraîne également des coûts additionnels, pour assurer notamment les frais de transport et de séjour de ceux qui se rendent dans le sud comme traducteurs ou accompagnateurs.

La partie, la qualité et la prestation des services de santé dans le Nord varient selon les régions, mais un fait demeure: les soins de santé offerts dans les petits centres de santé restreints. L'équipement jugé essentiel pour sauver des vies — comme les défibrillateurs — dans le sud du Canada, n'est généralement pas disponible dans la plupart des petites collectivités du Nord.

Pour assurer les services de santé de base en réponse aux besoins, les Inuits agissent en partenariat avec les gouvernements fédéral, territorial et provincial. On peut citer à titre d'exemple de réussite les centres de sages-femmes de Rankin Inlet, de Pangnirtung et de Povungnituk. Il existe également à Pangnirtung un groupe d'aînés qui proposent des solutions aux problèmes de santé mentale des jeunes de la collectivité.

Au Labrador, on applique une approche communautaire, souple et innovatrice pour la prestation de toute une gamme de programmes de santé sous la direction de la Commission des services de santé des Inuits du Labrador. Des comités de santé communautaire informent régulièrement la commission des besoins locaux et ont une grande incidence sur la façon dont les services seront conçus et dispensés, dans les domaines comme la santé mentale, les soins à domicile et le diabète.

Les projets dont j'ai parlé nous fournissent d'excellents exemples de collaboration entre les Inuits et les divers paliers de gouvernement pour ce qui est de répondre aux besoins à échelle locale. La réponse aux besoins est adaptée au contexte culturel.

Il ne faut pas perdre de vue que notre culture, notre façon de vivre, ainsi que les ressources naturelles dont nous disposons sont à la base même de notre nutrition et de notre santé. Cependant, ces dernières années cette base s'est vue menacer par une contamination grandissante de la chaîne alimentaire de l'Arctique par des agents polluants d'origine aussi bien intérieure qu'internationale. Il importe d'établir le lien entre le réchauffement de la planète et l'arrivée d'agents de contamination de l'environnement. Les effets de ces changements sur la santé peuvent englober notamment une augmentation des taux de cancer, des effets neurologiques, des effets nutritionnels, une incidence accrue de maladies chroniques comme les maladies cardiaques et le diabète.

Notons, en moyenne, le lait maternel des femmes inuites contient 5 fois plus de BCP que celui des femmes du sud du Canada. Il n'est cependant ni raisonnable, ni pratique d'inviter les

foods. Not only is it central to our culture, but it is essential to our proper nutrition.

It has been demonstrated that taking someone off a country food diet, given the alternatives — such as low nutritional foods from the local store, many of which are costly — can lead to serious, even fatal, health problems including diabetes, obesity, tooth decay and iron deficiencies. It would be impossible to replace a country food diet with store-bought foods in an economy where only a few have access to money. One estimate that was made on the replacement value of country food for an Inuit family — if money were the only factor, which it certainly is not — was over \$20,000 per year. That equals over \$6 million per community, adding up to an approximate cost of \$318 million worth of good nutritional food. We know the fiscal resources to replace traditional food simply do not exist.

Our work at the Inuit Tapirisat over the years have helped us to understand that many concerns about nutrition and Inuit health include complex associations between the environment, the social economy and culture. Housing issues are causing overcrowding, which has been shown to impact family violence, mental illness and suicide rates. Therefore, health issues must be looked at in a holistic manner.

Partnerships with Inuit must be continued and further developed. This will ensure that the fundamental rights of Inuit to access health programs and services that are at par to those afforded to all Canadians will become a reality.

The Chairman: Thank you very much. You have raised a number of questions and have brought some perspective from the Inuit. The earlier presentation from government officials focussed more on the issue of Indians living on reserves in southern Canada.

Our next witness is Mr. Clark.

Scott Clark, President, United Native Nations: Honourable senators, I am the president of the United Native Nations and the representative for the Congress of Aboriginal Peoples, or CAP. Our organization was formed in 1970 and it represents the interests of Aboriginal people not living on reserves. Close to 80 per cent of Aboriginal people do not live on reserves — a growing population. This includes our Métis people, our First Nations, our Inuit and of course the non-status people who are lost in the entire fold.

Things are getting worse as far as that particular population is concerned because the federal government refuses to recognize its fiduciary responsibility for that population; like the provincial governments they off load to the municipal governments that do not know what to do.

Inuits à cesser de consommer leur nourriture traditionnelle. Ces aliments font partie intégrante de notre culture et ils sont également essentiels à une bonne alimentation de nos populations.

La preuve est faite que le fait d'inviter une personne à ne plus consommer des aliments traditionnels, compte tenu des solutions de rechange — à savoir des aliments à faible valeur nutritive provenant de l'épicerie locale qui, dans bien des cas, sont fort coûteux — peut entraîner des problèmes de santé graves et mortels, y compris le diabète, l'obésité, la carie dentaire et les déficiences en fer. Il serait d'ailleurs impossible de remplacer l'alimentation traditionnelle par des aliments achetés au magasin dans une économie où peu de gens disposent d'argent. D'après une estimation, la valeur de remplacement des aliments traditionnels pour une famille inuite — si l'argent était le seul facteur à considérer, ce qui n'est certainement le cas — est supérieure à 20 000 dollars. Voilà qui représente plus de 6 millions de dollars par collectivité, et donc au total environ 318 millions de dollars de bons aliments nutritifs. Nous savons que les ressources financières qui pourraient permettre de remplacer l'alimentation traditionnelle n'existent tout simplement pas.

Compte tenu des travaux effectués par Inuit Tapirisat au fil des ans, nous avons pu constater et mieux comprendre que bon nombre des inquiétudes en matière de nutrition et de santé pour les Inuits ont rapport à des associations complexes entre l'environnement, l'économie sociale et la culture. Également, on constate que les logements surpeuplés et on en a la preuve, ont des effets sur la violence familiale, la santé mentale et les taux de suicide. Par conséquent, il faut envisager les questions de santé dans une optique globale.

Il y a lieu de multiplier et de solidifier les partenariats avec les Inuits. Voilà comment on pourra garantir que les droits fondamentaux des Inuits en matière d'accès à des programmes à des services de santé soient exercés de façon comparable à ceux de tous les Canadiens.

Le président: Merci beaucoup, vous avez soulevé un certain nombre de questions et vous nous avez fourni le point de vue des Inuits. Les fonctionnaires qui ont parlé plus tôt ont surtout fait porter leur attention sur la situation des Indiens qui vivent dans des réserves du sud du Canada.

Notre prochain témoin est M. Clark.

M. Scott Clark, président, United Native Nations: Honorables sénateurs, je suis le président de la United Native Nations et le représentant du Congrès des peuples autochtones. Notre organisation a été constituée en 1970. Elle représente les intérêts des Autochtones qui ne vivent pas dans les réserves. Près de 80 p. 100 des Autochtones n'habitent pas dans les réserves — et leur nombre s'accroît. Ce groupe englobe les Métis, les Premières nations, les Inuits et, bien entendu les Indiens non inscrits qui, pourrait-on dire, sont perdus dans la masse.

La situation s'aggrave pour ces gens là, parce que le gouvernement fédéral refuse de reconnaître sa responsabilité fiduciaire à leur égard. Tout comme les gouvernements provinciaux, il se décharge de sa responsabilité sur les autorités municipales qui, elles, ne savent pas quoi faire.

The largest reservations of Indians in Canada are in Vancouver, Saskatchewan, Regina, Montreal, Toronto, Winnipeg — the list goes on. When governments refuse to recognize those very real and pressing issues, it is no wonder things are getting worse.

I will not dwell on that because we are at a crossroads where we will find ourselves in either a situation of crisis or of opportunity. I choose to look at the opportunities that we have and aim to work together for a better future for our people, our communities and for Canadians as whole. There has not been a lot of discussion on that and I hope questions will arise after my five minutes.

It has been an ongoing struggle. CAP has a slogan that calls us the "forgotten people." We have been forgotten by the federal government and by others. Elijah Harper has stated that we are the untouchable peoples; no one wants to go near that population which will double in 25 to 30 years and will double again in another 35 to 40 years. Paralleling that, the Canadian mainstream population is not coming close to its own replacement level. This is a huge issue. We are very young and we have unique needs. We are dynamic. We are certainly diverse, as you can hear from the different presentations, and significantly different from the mainstream population with different needs.

Housing is a prime example. Since 1993, the federal government has opted out of the housing arena. Housing needs for mainstream Canadians are significantly different than they are for Aboriginal people. The federal government only funds First Nations housing units on-reserve and at that, there is not a sufficient number.

Aboriginal people are disproportionately represented in the growing homelessness crisis in the country. What is even more troubling is that Aboriginal single mothers are finding themselves out on the street. When people need services and when health conditions of those people deteriorate where do they go? They go to the hospitals; and the hospitals spend a significant amount of money trying to get their health back and then they go back out on the street.

The new national Aboriginal housing strategy of the federal government is through the criminal justice system. We spend anywhere from \$60,000 to \$120,000 to house an Aboriginal person within the prison system. If progressive thinking prevailed, those resources could be channelled to housing in the urban, rural and remote communities. Our people would then have an equitable opportunity to compete with Canadians for jobs, for education, for training, and to address the employment equity issues that the federal, provincial, and municipal governments claim they want to do.

I applaud the committee members for this component of the research, it is great work; it is monumental work. The federal government spent \$58 million on the most expensive report in

Les plus importantes réserves indiennes au Canada se trouvent à Vancouver, Regina, Montréal, Toronto, Winnipeg et en Saskatchewan — la liste est longue. Lorsque les gouvernements refusent de reconnaître ces problèmes très réels et pressants, il n'est pas étonnant que la situation s'aggrave.

Je ne m'étendrai pas là-dessus car nous en arrivons à un stade où nous nous trouvons soit dans une situation de crise soit dans une situation où des occasions s'ouvrent à nous. Je préfère voir les occasions qui s'offrent à nous et nous donner comme but de travailler ensemble à améliorer l'avenir de notre peuple, de nos collectivités et de l'ensemble des Canadiens. Cela n'a pas fait l'objet de nombreuses discussions, et j'espère que mon exposé de cinq minutes suscitera des questions.

Cela a été un combat perpétuel. Le Congrès des peuples autochtones a un slogan où on nous appelle le «peuple oublié». Nous avons été oubliés par le gouvernement fédéral, entre autres. Elijah Harper a déclaré que nous sommes les intouchables; personne ne veut s'approcher de cette population qui doublera dans 25 à 30 ans et qui doublera à nouveau dans 35 à 40 ans. Parallèlement, la population générale canadienne est loin d'atteindre son propre niveau de remplacement. C'est un énorme problème. Nous sommes très jeunes et nous avons des besoins particuliers. Nous sommes dynamiques. Notre diversité est évidente, comme vous avez pu le constater d'après les différents exposés qui ont été présentés, et nous nous démarquons nettement de la population générale, vu que nos besoins sont différents.

Le logement en est un excellent exemple. Depuis 1993, le gouvernement fédéral s'est retiré du domaine de l'habitation. Les besoins en logement pour les Canadiens de la population générale sont nettement différents de ceux des peuples autochtones. Le gouvernement fédéral ne finance que les logements des Premières nations dans les réserves mais leur nombre est loin d'être suffisant.

Le phénomène de plus en plus répandu des sans-abri dans notre pays touche de façon disproportionnée les Autochtones. Ce qui est encore plus inquiétant, c'est que des mères célibataires autochtones vivent dans la rue. Lorsque les gens ont besoin de services et que leur état de santé se détériore, où vont-ils? Ils vont à l'hôpital; et l'hôpital dépense beaucoup d'argent pour tâcher de les remettre sur pieds après quoi ils retournent à la rue.

La nouvelle stratégie nationale du gouvernement fédéral en matière de logement des Autochtones consiste à faire appel au système de justice pénale. Nous dépensons de 60 000 à 120 000 \$ pour loger un Autochtone dans le système carcéral. Si la pensée progressiste prédominait, ces ressources pourraient être orientées vers le logement dans les collectivités urbaines, rurales et éloignées. Notre peuple aurait alors des chances égales de faire concurrence aux Canadiens au niveau de l'emploi, des études, de la formation, et de donner suite aux questions d'équité en matière d'emploi comme prétendent vouloir le faire les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux.

J'applaudis les membres du comité pour cet élément de la recherche; c'est un travail formidable et monumental. Le gouvernement fédéral a dépensé 58 millions de dollars à la

Canadian history on the Royal Commission on Aboriginal People. Unfortunately, well over 90 per cent of that report has nothing to do with urban Aboriginal peoples who make up almost 80 per cent of the population.

The issues for us in the urban, rural and remote communities is attempting to get the federal government, provincial government and municipal governments to start saying that this crisis is all over the place. Health is not based upon hospitals and patients. The health of the individual is based upon ensuring people have equality of conditions so that they can compete for jobs, so they can have economic self-sustainable development and small business.

The only way to move forward on that particular agenda is when Canada recognizes that this is a crisis situation, it is an embarrassment to Canada that we actually live in not Third World conditions but fourth world conditions and that we are paying for it one way or another. We can either be preventative and start doing those initiatives, or continue the old way and house people in prisons, house them in hospitals, house them wherever they may find themselves, which often has negative social characteristics that you have heard of today. It is a choice.

I hope that this report will involve us from today onward. I hope that this process you are including will recognize and respect the diversity of the different indigenous peoples who live in Canada and find ways to ensure that everyone is involved in an equitable manner so that we can make progress.

The Government of Canada is looking at a \$15 billion surplus. Meanwhile, the poverty rate has increased, homelessness has increased and health conditions have worsened for our people. It is time that the federal and provincial governments and everyone else finds a way to creatively work with those communities and bring the appropriate partners to the table and find proactive visionary strategies that address the dire needs in the communities.

The Chairman: Our next witness is Michelle Audette from the Native Women's Association of Canada.

[Translation]

Ms Michelle Audette, Acting President and President of the Native Women Association of Quebec: I think that everyone realizes, because the evidence is clear, that there are substantial gaps between the health of Aboriginal people and that of the rest of the Canadian public. I hope that over the next few minutes, I will be able to bring to your attention the realities of Aboriginal women living in this great country of Canada.

Health issues for Aboriginal people are extremely complex and go far beyond the absence of disease. The health status of First Nations' people is intimately linked to underlying problems and factors such as poverty, family violence, low educational levels, substance abuse and so on. All this has been laid out for you by my colleagues.

préparation du rapport le plus coûteux de l'histoire du Canada à savoir le rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. Malheureusement, plus de 90 p. 100 de ce rapport n'avait rien à voir avec les Autochtones des centres urbains qui représentent près de 80 p. 100 de la population.

La question pour nous dans les collectivités urbaines, rurales et éloignées est de tâcher de faire en sorte que le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et municipaux reconnaissent que cette crise est généralisée. La santé ne repose pas sur les hôpitaux et les patients. La santé de chacun consiste à faire en sorte que tous aient des conditions égales leur permettant de postuler des emplois afin de favoriser le développement autonome et économique et la petite entreprise.

La seule façon de progresser dans ce dossier consiste pour le Canada à reconnaître qu'il s'agit d'une situation de crise, qu'il est embarrassant pour le Canada que nous vivions en fait non pas dans des conditions du tiers monde mais du quart monde, et que nous en payons le prix d'une façon ou d'une autre. Nous pouvons soit faire preuve de prévention et commencer à prendre ces initiatives, soit continuer comme par le passé à loger les gens en prison, à les loger dans les hôpitaux, à les loger là où ils peuvent se trouver, ce qui a souvent des connotations négatives sur le plan social, comme vous l'avez entendu aujourd'hui. C'est une question de choix.

J'espère que désormais nous serons tous concernés par ce rapport. J'espère que ce processus que vous prévoyez reconnaîtra et respectera la diversité des différents peuples autochtones qui vivent au Canada et permettra de trouver des moyens de faire en sorte que chacun y participe de façon équitable afin que nous puissions réaliser des progrès.

Le gouvernement du Canada affiche un surplus de 15 milliards de dollars. Entre-temps, le taux de pauvreté a augmenté, de même que le phénomène des sans-abri et l'état de santé de notre peuple s'est aggravé. Il est temps que les gouvernements fédéral et provinciaux et tous les autres intervenants trouvent une façon créative de travailler en collaboration avec ces collectivités et invitent les partenaires voulus à la table pour trouver des stratégies visionnaires et dynamiques qui permettront de répondre aux besoins pressants des collectivités.

Le président: Notre prochain témoin est Michelle Audette, de l'Association des femmes autochtones du Canada.

[Français]

Mme Michelle Audette, présidente intérimaire et présidente des Femmes autochtones du Québec: Je pense que tout le monde réalise, l'évidence est là, qu'il existe des écarts substantiels entre l'état de la santé des peuples autochtones et le reste de la population canadienne. J'espère qu'en quelques minutes j'aurai pu attiré votre attention sur la réalité des femmes autochtones sur l'ensemble de ce grand pays qu'est le Canada.

Les questions de santé des peuples autochtones sont extrêmement complexes et se situent bien au-delà de l'absence de la maladie. L'état de santé des Premières nations est intimement lié à des problèmes et des facteurs sous-jacents tels que la pauvreté, la violence familiale, la sous-scolarisation, l'abus de substances et j'en passe. Tout cela a été bien énuméré par mes collègues.

But it is crucial to look into the dynamics of the various socio-economic factors that affect health. There is rarely only one cause for illness or a single aspect involved in physical, mental, emotional and spiritual health.

The health determinants approach is very much in keeping with the holistic vision that First Nations' people have regarding health. First of all, an individual's health is bound up with family health and community health, and vice versa. So we can see that it is a cyclical process. The health of First Nations's people and, in particular, Aboriginal women, is also affected by administrative and legal factors because these factors determine the services and health care provided.

Similarly, the law must also be considered to be a health determinant. The women that I am speaking on behalf of include those with status, those without status and also those in certain provinces that are involved in jurisdictional matters, even though responsibility for this issue lies with Indian Affairs. Women have been refused victim-assistance services in one province, because they were Aboriginal.

The division of powers and fragmentation among the various services, service providers and authorities create confusion regarding the services to which Aboriginal people are entitled. It is not just the recipients that suffer, but also the people providing the services and community managers. Social problems are both a cause and a consequence of the problems encountered by families and individuals in their communities, and we feel that they should be the focus for health interventions concerning First Nations' people. Governments are increasingly taking into account the special situation of women, which put women at a disadvantage. Women live in greater poverty, they are more subject to sexual discrimination, they are less well represented at decision-making levels, they have a double workload, they are more often single parents with more than one child to raise and they are likely to be young parents. They are both users of the health system and care providers, whether on a paid or unpaid basis.

It is important to keep in mind that the health of Aboriginal women is a much broader issue than just physical health and therefore requires an examination of power issues and social inequities experienced by women.

One of the concerns regarding the health of Aboriginal women is the lack of prevention programs and activities in areas such as sexuality, social and health education, substance abuse, fetal alcohol syndrome and violence. It is also important to invest more money to promote health. The key is to realize that good health is based on overall well-being, and that health and quality of life are one and the same. Healing and well-being are contingent on the self-esteem of the individual, but also of the nation.

Par contre, il est primordial s'intéresser à la dynamique des différents facteurs socio-économiques ayant une incidence sur la santé. Il y a rarement une seule cause à la maladie ou un seul aspect à la santé physique, mentale, émotive et spirituelle.

L'approche des déterminants de la santé rejoint beaucoup la vision holistique que ce font les Premières nations de la santé. D'une part, la conception de la santé individuelle est intimement liée à la santé familiale et à la santé communautaire et vice versa. Ce qui nous ramène à une conception cyclique. En matière de santé des Premières nations, et en particulier des femmes autochtones, des facteurs administratifs et juridiques entrent aussi en ligne de compte et influencent l'état de santé des femmes autochtones dans la mesure où ces facteurs déterminent la prestation de service et des soins de santé.

Dans ce cas, le droit doit également être considéré comme un déterminant de la santé. Quand je parle pour les femmes, ce sont les femmes statuées, non statuées et aussi pour certaines provinces qui s'amuse avec la question de juridiction quand la question est du ressort des Affaires indiennes. Les femmes se sont vu refuser des services d'aide aux victimes dans une province étant donné qu'elles étaient Autochtones.

Le partage des compétences et la fragmentation des différents services offerts et des différents prestataires et responsables provoque une confusion quant aux services auxquels les peuples autochtones ont droit. Ce sont non seulement les prestataires qui en souffrent, mais également les intervenants et les gestionnaires communautaires. Les problèmes sociaux sont à la fois les causes et les conséquences des malaises communautaires familiaux et individuels et selon nous, les domaines qui doivent être jugés prioritaires lorsqu'on s'attaque aux questions de santé des Premières nations. Il faut de plus en plus que les gouvernements tiennent compte des situations particulières des femmes, situations qui les placent dans une position qui les défavorisent. Elles sont les plus pauvres, plus sujettes à la discrimination sexuelle, moins représentées dans les couches décisionnelles, assument une charge de travail double, plus souvent le rôle de chef de famille ayant plus d'un enfant à leur charge et aussi susceptible d'être un parent jeune. Elles sont à la fois utilisatrices du système de santé, mais également dispensatrices de soins, rémunérées ou non.

Il faut garder à l'esprit que la santé des femmes autochtones dépasse largement le seul aspect physique de la santé et nécessite par conséquent de cerner les rapports de pouvoir et les iniquités sociales supportés par les femmes.

Au rang des préoccupations en matière de santé des femmes autochtones, mentionnons l'insuffisance des programmes et des actions de prévention, que ce soit sur le plan de la sexualité, de l'éducation socio-sanitaire, de l'abus de substances, du syndrome d'alcoolisme foetal, de la violence et l'importance d'investir des efforts supplémentaires en matière de promotion de la santé. L'essentiel à retenir de la conception de la santé est que la trame de fonds est celle du mieux-être, et que santé et qualité de vie sont indissociables. La clé de base de la guérison et du mieux-être passe principalement par l'estime de soi en tant qu'individu, mais également en tant que nation.

I would like to point out that research is vital. Aboriginal women in Canada have no infrastructure for talking about women's health. They need to do lobbying. We need eventually to have national policies on Aboriginal women. We need to take into account regional and other types of disparity. What is happening in the South may be different from what is happening in the North, and there are isolated, semi-isolated and suburban communities. There is currently a time bomb ticking in our communities, with the Aboriginal population growing, and funding constantly shrinking. Women at the national, regional and local levels need infrastructure for doing gender-based research, since there is a tendency to take a blanket approach to Aboriginal people, whereas it is important to take into consideration regional, gender and age differences. All those things are important.

I hope that I have sparked your interest so that women's issues become a priority.

[English]

The Chairman: Our final witness is Ms Dewar from the Pauktuutit Inuit Women's Association.

Ms Veronica Dewar, President, Pauktuutit Inuit Women's Association:

[Ms Dewar spoke in her native language]

English is my second language. The message that our people would give to you would be in their own language. It is sometimes difficult for me to speak in English.

Senator Morin: You speak better English than I do.

Ms Dewar: No, I do not. It is with practice. With these issues we want to bring to you today I will speak in English in form of a written presentation.

I was very impressed when Ms Johnston said that she has compassion for the health issues pertaining to her people. I feel the same way with our Inuit women, with our people in the communities in the Arctic. The Arctic is a harsh environment in which our people, our children live.

I wish to thank senators and fellow presenters and guests. I would like to express my gratitude to the standing committee for its invitation to the Pauktuutit Inuit Women's Association to present this brief. Pauktuutit is a national non-profit association, which represents all Inuit women in Canada. Its mandate is to foster a greater awareness of all the needs of Inuit women and to encourage their participation in community, regional and national concerns in relation to social, cultural and economic development.

Pauktuutit is committed to the principle of equality for Inuit women — both in our communities and in the broader Canadian society. We are equally committed to holding Canada accountable for implementing its commitments to ensuring women's equality generally, and specifically with regard to health policy. We believe

Je tiens à souligner que de la recherche est d'une importance majeure. Femmes autochtones du Canada n'a aucune infrastructure pour parler de la santé des femmes. Il faut faire du lobbying. Il faut faire en sorte qu'éventuellement il y ait des politiques nationales pour la question des femmes autochtones. Il faut s'assurer de respecter les régions, les diversités. Ce qui se passe dans le Sud n'est pas nécessairement la même chose que dans le Nord, communautés isolées, semi-isolées ou avoisinantes d'un grand centre urbain. Ce qui se passe actuellement dans nos communautés est une bombe à retardement: la population autochtone augmente en terme de personnes et les sources de financement ne font que diminuer. Il faut aussi doter les femmes, sur les plans national, régional et local, d'infrastructures appropriées pour qu'elles puissent faire des recherches sexuées parce qu'on a tendance à faire des choses mur à mur pour les peuples autochtones, alors qu'il faudrait prendre en considération la région, le sexe et l'âge. Tout cela est important.

J'espère avoir pu semer l'intérêt afin que la question des femmes devienne une priorité.

[Traduction]

Le président: Notre dernier témoin est Mme Dewar, de l'Association des femmes inuites de Pauktuutit.

Mme Veronica Dewar, présidente, Association des femmes inuites de Pauktuutit:

[Mme Dewar parle dans sa langue autochtone]

L'anglais est ma langue seconde. Le message que notre peuple veut vous transmettre serait dans sa propre langue. Il est parfois difficile pour moi de parler anglais.

Le sénateur Morin: Vous parlez mieux anglais que moi.

Mme Dewar: Non, je ne le crois pas. Cela vient avec la pratique. En ce qui concerne les questions que nous voulons porter à votre attention aujourd'hui, je parlerai en anglais et vous lirez un exposé écrit.

J'ai été très impressionnée lorsque Mme Johnston a dit qu'elle éprouvait de la compensation pour les problèmes de santé que connaît son peuple. J'éprouve le même sentiment en ce qui concerne nos femmes inuites, les membres de nos collectivités de l'Arctique. La vie dans l'Arctique est très dure pour notre peuple, pour nos enfants.

Je tiens à remercier les sénateurs de même que les présentateurs et les invités. J'aimerais tout d'abord exprimer ma gratitude au Comité sénatorial permanent qui a invité l'Association des femmes inuites Pauktuutit à présenter ce mémoire. Pauktuutit est une association nationale à but non lucratif qui représente toutes les femmes inuites du Canada. Son mandat est de susciter une plus grande sensibilisation aux besoins des femmes inuites et d'encourager ces femmes à prendre part aux préoccupations communautaires, régionales et nationales en matière de développement social, culturel et économique.

Pauktuutit s'engage à promouvoir le principe d'égalité pour les Inuites, tant au sein de ses communautés que dans la société canadienne en général. Nous travaillons également à rendre le Canada responsable de la mise en oeuvre de ses engagements pour assurer l'égalité des femmes en général, et principalement en ce

this will benefit all Inuit. Pauktuutit has become widely recognized and highly respected for its expertise in a broad range of health promotion and prevention issues nationally and internationally and, most importantly, among Inuit throughout Canada.

The Chairman: Ms Dewar, I wish to ensure there is time for questions. It will take a very long time to read nine pages. I have read your brief and there are some very good recommendations on page 9. I wonder if you could go to your recommendations and since most of us have read the brief we can then turn to a discussion of some of the issues with you because I am concerned that we have time to ask you questions. Do you mind doing that, please?

Ms Dewar: This will really throw off my presentation.

The Chairman: You were starting out to read the whole document.

Ms Dewar: It is seven pages.

The Chairman: Seven pages this closely written will take about 25 minutes to read. Everyone else was kind enough to stick within a reasonable time limit, so it would help if you would go to the recommendations on page 9 and then I can turn to my colleagues beginning with Senator Roche and then Senator Morin to ask you some questions.

Ms Dewar: I do not have the recommendations with me because we narrowed it down this afternoon.

The Chairman: We will give you the list that was in your brief. They may have been reduced somewhat but even the longer list is fine.

Ms Dewar: I wish I had an interpreter.

The Chairman: Your comment is interesting. The one thing we do not have here are interpreters. We have English and French translation but unfortunately we do not have Inuktitut.

Ms Dewar: I will highlight briefly some recommendations that we would like to give to the committee.

Inuit women have not been involved in policy and decision-making on health issues pertaining to Inuit women. One important point we would like to make is that, in discussions about Aboriginal health issues, we Inuit are included under the term "Aboriginal" along with First Nations people. We have nothing against the people personally.

It is how the system was formed that we must address. Inuit are put in the pot with the other Aboriginal people and we frequently do not see the funding that we could have used for the people in the Arctic and for the Inuit women's health.

qui concerne la politique en matière de santé, ce qui selon nous profitera à tous les Inuits. Notre association a acquis une réputation internationale pour son savoir-faire dans une vaste gamme de domaines concernant la promotion de la santé et la prévention tant à l'échelle nationale et qu'internationale et surtout parmi les Inuits de l'ensemble du Canada.

Le président: Mme Dewar, je tiens à m'assurer qu'il aura du temps pour les questions. Il faudra beaucoup de temps pour lire neuf pages. J'ai lu votre mémoire et il renferme de très bonnes recommandations à la page 9. Je me demandais si vous pourriez passer à vos recommandations et comme la plupart d'entre nous ont lu votre mémoire, nous pourrions alors discuter certaines de ces questions avec vous car je crains que nous n'ayons pas suffisamment de temps pour vous poser des questions. J'espère que vous n'y voyez pas d'inconvénient?

Mme Dewar: Cela va vraiment désorganiser mes plans.

Le président: Vous vous apprêtiez à lire tout le document.

Mme Dewar: Il compte sept pages.

Le président: Il faudra environ 25 minutes pour lire ces sept pages à simple interligne. Tous les autres témoins ont eu l'amabilité de s'en tenir à une limite de temps raisonnable, donc cela nous aiderait si vous passiez aux recommandations de la page 9, après quoi je pourrais céder la parole à mes collègues, en commençant par le sénateur Roche puis le sénateur Morin qui vous poseront des questions.

Mme Dewar: Je n'ai pas les recommandations avec moi parce que nous avons abrégé le document cet après-midi.

Le président: Nous vous donnerons la liste qui était dans votre mémoire. C'est peut-être un peu plus court mais même la liste plus longue est parfaite.

Mme Dewar: J'aimerais bien avoir un interprète.

Le président: Commentaire intéressant. La seule chose que nous n'avons pas ici, ce sont des interprètes. Nous avons la traduction en anglais et en français mais malheureusement pas en Inuktitut.

Mme Dewar: Je vais vous résumer brièvement certaines de nos principales recommandations.

Les femmes inuites n'ont participé ni à l'élaboration de la politique ni aux décisions relatives aux services de santé les concernant. Il y a un point important que nous aimerions rappeler. Lors des discussions concernant les questions de santé autochtone, les Inuits sont englobés dans le terme «autochtone» avec les peuples des Premières nations. Personnellement, nous n'avons rien contre eux.

C'est la manière dont le système a été mis en place qui pose un problème. Les Inuits sont mis dans le même sac que les autres peuples autochtones et il nous arrive souvent de ne pas voir la couleur du financement qui aurait pu être utilisé par les populations de l'Arctique ou par les services de santé pour les femmes Inuites.

Inuit women are sent to hospitals in the south to give birth rather than stay in the community. The connection with the family is broken. The first time family does not see the child being born. Many times the Inuit who are sent down are unilingual and do not speak English; they do not understand the system, they do not understand the health terms in the southern institutions.

There are no facilities for performing mammograms on women in our communities. We are sent down south. We have to cry out for medical attention in our communities. We are sent out for specific cancer treatment. It has been our cry for many years to see these types of things implemented in our communities. The health system needs to be looked at very carefully in the North. Our people in the Arctic have been neglected far too long with respect to health facilities in the communities.

There are no doctors in the small communities — only in the larger communities such as Rankin Inlet and Iqaliut. There is one doctor for seven communities in our region in Keewatin. There is no mammogram equipment in Iqaliut. Women have to travel to Yellowknife, Winnipeg or Ottawa for tests. Often Inuit women neglect their health and say nothing because they do not want to leave their families or their communities for better health.

These factors are real. I hope this committee will be an avenue for some of our cries from the people in the Arctic and other Aboriginal peoples.

The additional details that the committee wishes to hear are the fundamental recommendations that would greatly enhance our ability to participate in the development of meaningful improvements in the health of the Inuit women in Canada. We strongly encourage the federal government to consult directly with Inuit women on health issues. As women and as members of families and communities, we have a great wisdom and expertise to share.

To facilitate effective consultations government must also provide the necessary financial and human resources for Inuit women to build their capacity to participate in health policy discussions and planning.

Our time is short and I do not know if I will have time to go through the other recommendations, however the committee has them in the brief. I would greatly appreciate answering some questions.

The Chairman: I assure you there will be questions.

Senator Roche: I would like to say to all the witnesses that it has been an outstanding presentation. It is a devastating recounting of the situation. I have been very moved by the testimony and I wish to thank the witnesses for their frankness.

Because of time I will ask one question and I will direct it to Ms Johnston, although I certainly would invite Mr. Morin or Mr. Clark to join in the answer if they wish.

On envoie les femmes Inuit accoucher dans des hôpitaux du Sud, loin de chez elles. Le lien avec la famille est rompu. Les familles n'assistent plus à la naissance des enfants. Souvent les femmes inuites qui sont envoyées dans le Sud sont unilingues et ne parlent pas anglais; elles ne comprennent pas le fonctionnement du système. Elles ne comprennent pas le jargon médical utilisé dans les établissements du Sud.

Il n'y a pas d'équipement pour les mammographies dans nos communautés. On nous envoie dans le Sud. Pour qu'on s'occupe de nos problèmes médicaux, il faut toujours réclamer. Pour les traitements, on nous envoie toujours ailleurs. Cela fait des années que nous réclamons ce genre de services dans nos communautés. Il est indispensable de revoir tout le système de santé dans le Nord. Cela fait trop longtemps que les populations de l'Arctique sont négligées sur le plan des services de santé dispensés dans les communautés.

Il n'y a pas de médecins dans les petites communautés. Il n'y en a que dans les grands centres comme Rankin Inlet et Iqaliut. Il y a un médecin pour sept communautés dans notre région de Keewatin. Il n'y a pas d'équipement pour faire des mammographies à Iqaliut. Les femmes doivent se rendre à Yellowknife, Winnipeg ou Ottawa pour faire leurs examens. Souvent les femmes inuites négligent leur santé et ne disent rien parce qu'elles ne veulent pas quitter leur famille ou leur communauté pour se soigner.

C'est la dure réalité. J'espère que grâce à votre comité, les appels de la population de l'Arctique et des autres peuples autochtones finiront par être entendus.

Les recommandations essentielles que nous faisons nous donneraient le moyen de participer à l'amélioration des services de santé offerts aux femmes Inuites du Canada. Nous encourageons vivement le gouvernement fédéral à consulter directement les femmes Inuites sur les questions de santé. À titre de femmes et de membres de familles et de communautés, nous avons une longue et riche expérience que nous sommes prêtes à partager.

Pour faciliter et optimiser les consultations, il faut que le gouvernement dégage aussi les ressources humaines et financières nécessaires pour que les femmes inuites aient les moyens de participer aux discussions sur les questions de santé publique.

Le temps passe et je ne sais si j'aurais le temps de vous parler de nos autres recommandations mais quoi qu'il en soit, elles sont dans notre mémoire. Je me ferais un grand plaisir de répondre à vos questions, si vous en avez.

Le président: Je peux vous assurer qu'il y en aura.

Le sénateur Roche: Permettez-moi de vous dire que j'ai trouvé votre témoignage remarquable. Vos récits sont dévastateurs. J'ai été très ému par votre témoignage et je tiens à vous remercier de votre franchise.

Comme le temps nous presse, je ne poserai qu'une question et elle s'adresse à Mme Johnston, mais bien entendu, j'invite M. Morin ou M. Clark à répondre aussi s'ils le désirent.

Ms Johnston's testimony should be required reading for every senator. I hope good chunks of it find their way into the report because Ms Johnston told it like it is and we need to hear that. She provoked me to ask the following question. My question comes out of a little experience I have had in working with First Nations peoples on abuse questions. I have found that it is difficult to isolate the specific points; everything is related.

In this case, almost everything gets related back to what Ms Johnston said in her own brief this afternoon. She used the words "systemic oppression." I will have to read exactly what she said, but what I heard her say was that she thought that even the present government minister in advocating new programs was perpetuating systemic oppression. That is strong language, but it does reflect the underlying concern that all of our witnesses have expressed here today. The problems of health, poverty, economic and social deprivation stem back from this colonialist mentality that governments of Canada have perpetrated decade after decade. That has led to their own feeling that, as Ms Johnston said, health questions are related to everything else. She even said that while expenditures have been increasing the health status has not.

How are we going to get at this, Mr. Chairman, as a committee here looking at this? Much of what has been said here today is also found in the pages of the royal commission's report. It seems to be occupying library space instead of the active file in the government. I do not know exactly what to do.

Mr. Clark says this is monumental. His criticism is devastating that we are solving the housing problem of native people through the prison system. I will take Ms Johnston up on her words when she said, "First Nations people need to be involved in the solution of this long list of things that are wrong."

I will take two out of that long list: alcohol and substance abuse and the extraordinarily high suicide rate. Those are two manifestations of the depth of the problem. What are we to do? What can we recommend that is of a practical nature that will not get caught up in this network that persists of one problem being related to another all the way back to the colonialist mentality?

I put it to Ms Johnston very respectfully, what would you have us do? What would you have us recommend for immediate impact, not something way down the line. Of course, we all want long-range gains but we need something that would be discernible in the life of the young people today.

What would you suggest we recommend for inclusion in our report to cut down on alcohol and substance abuse and to lower the suicide rate?

Ms Johnston: That is a very thought-provoking question. I believe that the First Nations and the Aboriginal people need to be involved in the strategies of what we need to do. I have heard the leaders and I have been a leader in my community. I have sat on council. I have been a nurse in my community and in the communities up north where people have successfully killed themselves.

Il faudrait que tous les sénateurs lisent le témoignage de Mme Johnston. J'espère qu'une bonne partie se retrouvera dans notre rapport car Mme Johnston a décrit les choses comme elles étaient et il faut le savoir. Son récit m'incite à lui poser la question suivante. Elle découle de la petite expérience que j'ai tirée de mon travail avec les peuples des Premières nations sur les questions d'abus. J'ai découvert qu'il était difficile d'isoler les problèmes les uns des autres, tout est lié.

En l'occurrence, presque tout est lié à tout ce que nous a dit Mme Johnston dans son témoignage de cet après-midi. Elle a parlé de «oppression systématique». Il faudra que je relise exactement ce qu'elle a dit mais si je l'ai bien comprise, selon elle, le ministre actuel, même en préconisant de nouveaux programmes, perpétue cette oppression systématique. Termes durs mais qui reflètent le sentiment général de tous nos témoins d'aujourd'hui. Des problèmes de privation socio-économique, de santé, de pauvreté sont la conséquence de la mentalité colonialiste perpétuée par les gouvernements du Canada, de décennie en décennie. Ils ont fini par se convaincre, comme Mme Johnston nous l'a dit, que les problèmes de santé étaient liés à tous les autres. Elle nous a même dit que l'augmentation des dépenses n'y avait rien changé, que les problèmes de santé étaient restés les mêmes.

Monsieur le président, que peut faire notre comité? Nombre de choses qui ont été dites aujourd'hui l'étaient déjà dans le rapport de la Commission royale. Au lieu d'avoir été transformé en dossier, il semblerait que ce rapport continue à dormir sur une étagère. Je ne sais pas vraiment quoi faire.

M. Clark dit que la tâche est monumentale. Entendre dire que nous réglons le problème de logements des Autochtones en les mettant en prison est dévastateur. Je prends Mme Johnston au mot lorsqu'elle dit: «Il faut que les peuples des Premières nations participent à la résolution de cette longue liste de problèmes».

Je tire deux choses de cette longue liste: l'alcoolisme, la toxicomanie et l'extraordinaire taux de suicide. Ce sont deux manifestations de la profondeur du problème. Que faire? Quelles recommandations faire pour sortir de cette mentalité colonialiste d'amalgame de tous les problèmes?

Avec tout le respect que je lui dois, je pose la question à Mme Johnston: que voulez-vous que nous fassions? Que voudriez-vous que nous recommandions qui ait un effet immédiat et non pas un terme plus ou moins lointain? Bien sûr, nous voulons tous des résultats à long terme mais il faut quelque chose de discernable pour les jeunes d'aujourd'hui.

Quelles recommandations nous suggèreriez-vous d'inclure dans notre rapport pour réduire l'alcoolisme, la toxicomanie et le taux de suicides?

Mme Johnston: Excellente question. Je crois qu'il faut que les peuples autochtones et des Premières nations participent à l'élaboration des stratégies nécessaires. J'ai entendu les dirigeants et j'ai été dirigeante dans ma communauté. J'ai été membre de conseil. J'ai été infirmière dans ma communauté et dans les communautés du Grand Nord où les candidats au suicide ne se ratent pas.

This has been a strong standing issue for me. Why is this happening? These are my people I see suffering. When I look back at some of the suffering that we have gone through it has been through many years; there has been the residential schools, the reserves — the Indian Act has been a strong part of that. We are the ones to decide how to get back from that.

My grandmother was my greatest teacher. She was a healer and a midwife in my community. She told me it is getting back to our traditional ways, getting back to our culture and our language, to who we are as First Nations people because we were a very strong nation before the Europeans came to this country. We had a strong system of governance, we had a strong system of health and healing and we knew how to do that. We lost our way because of the different things that have happened over the years. There is a lot of healing that needs to occur in our communities.

We can never go back to the original way we were 100 years ago. We can take the best of our past, of our culture and history and our language and move it forward. We have to be involved and there has to be recognition of that right that we have as the indigenous people of this land.

As long as that happens and as long as government puts in legislation like the governance act and does it without us and says that it will decide what is best for us, then we will continue to perpetuate that oppression. That is my personal opinion. We need to be involved in whatever strategies move forward.

Senator Roche: Others may wish to augment that answer, but I would still like to focus for a moment on alcohol and substance abuse and suicide. Are there specific things that we need to recommend to get those figures down?

[Translation]

Ms Audette: It is clear that substance abuse, whether we are talking about alcohol or drugs, is a behavioural issue. Why are people using these substances? Because there is a social problem in the community, a major problem. We need to deal with the social problems in our communities and reduce their impact. We have seen what happened in Davis Inlet, where they do not have access to drugs as easily as in communities that are close to urban centres. So what do they use? Gasoline.

Regardless of the substance, social problems are what lead people to take these drugs. If we now want to deal with this problem, it is important to set up an ongoing prevention program for women, children and the community in general. There is no follow-up for these people.

I will give you an example: the Department of Indian Affairs conducted a study which demonstrates that 80 per cent of women from these communities have experienced or are continuing to experience violence at this time. In our communities, there are no programs to assist victims of violence and no programs to assist victims of sexual assault. And yet, we have the highest figures. There is an alarming lack of infrastructure. It is important, and I will repeat this, to establish an ongoing prevention program.

C'est une question que je me pose depuis longtemps. Pourquoi? C'est mon peuple que je vois souffrir. Quand je pense à toutes les souffrances que nous avons vécues pendant toutes ces années: quand je pense aux pensionnats, aux réserves — la part de responsabilité de la Loi sur les Indiens est énorme. C'est à nous de décider comment en sortir.

C'est ma grand-mère qui a été mon meilleur professeur. Elle était guérisseuse et sage-femme dans notre communauté. Elle m'a dit que le seul moyen était de revenir à nos traditions, à notre culture, à notre langue, à nos origines de Premières Nations car nous étions une nation très forte avant que les Européens n'arrivent. Nous avions un système de pouvoir fort, un système de santé et de guérison fort et nous savions ce qu'il fallait faire. C'est la succession de choses qui nous sont arrivées au cours des années qui nous ont fait perdre nos traditions. Il faut que nos communautés se ressourcent.

Nous ne pourrons jamais revenir à nos traditions d'il y a 100 ans. Il faut restaurer ce qu'il y avait de mieux dans notre passé, dans notre culture, dans notre histoire et dans notre langue. Il faut que nous participions et il faut que ce droit de peuple indigène de cette terre nous soit reconnu.

Tant que cela ne se fera pas et tant que le gouvernement adoptera des lois comme la loi sur l'exercice du pouvoir, sans nous consulter et en décidant à notre place, cette oppression se perpétuera. C'est mon opinion personnelle. Il faut nous faire participer à l'élaboration des stratégies futures.

Le sénateur Roche: Les autres témoins veulent peut-être ajouter leur mot à cette réponse, mais j'aimerais encore parler un instant de la question d'alcoolisme, de toxicomanie et de suicide. Y a-t-il certaines initiatives précises que nous devrions recommander pour faire diminuer ces chiffres?

[Français]

Mme Audette: Il est clair que la consommation de substances, que ce soit l'alcool ou les drogues, représentent un comportement. Pourquoi utilise-t-on ces substances? Parce qu'il y a un problème social dans la communauté, un problème majeur. Il faut donc s'attaquer aux problèmes sociaux de nos communautés et atténuer leurs conséquences. On voit ce qui s'est passé à Davis Inlet, ils n'ont pas accès aux drogues aussi facilement que dans une communauté proche d'un centre urbain. Que consomment-ils? De l'essence.

Peu importe la substance, les problèmes sociaux nous amènent à la consommation de ces drogues. Si on veut s'attaquer maintenant à ce problème, il est important de donner un programme continu de prévention aux femmes, aux enfants et à la communauté en général. Ces personnes ne reçoivent aucun suivi.

Je vais vous donner un exemple: les ministères des Affaires indiennes a effectué une étude qui démontre que 80 p. 100 des femmes de ces communautés ont subi ou subissent encore de la violence au moment où on se parle. Dans nos communautés, il n'y a aucun programme d'aide aux victimes et aucun programme pour venir en aide aux victimes d'agressions sexuelles. Pourtant, nous sommes les champions des statistiques. Il y a un manque alarmant d'infrastructures. Il est important, je le répète, que l'on établisse un programme continu de prévention.

Government policies and measures are ephemeral: they are established for only one year, or maybe at most for five years. That is the crux of the problem. None of them last. You cannot change 130 years of history in 5 years, or change the Indian Acts that oppressed us and changed our lives.

In the past we had our ways. Today, we must bridge traditional life and contemporary life, our history and our present. Oftentimes, we meet women and men who want to heal themselves in the traditional way, but they do not have access to Health Canada funds because they say: "You do not fit our criteria." Health Canada can offer them pills or therapy recognized by Health Canada, but not the salt or steam baths and other methods typical of our own ways of healing. This is another obstacle. If there were some flexibility to respect our diversity, that would be a starting point.

[English]

The Chairman: Mr. Clark, I believe you want to make a comment.

Mr. Clark: The question is: Do we address the symptom or the cause? Pragmatically, why can we not have a federal interministerial council looks at cooperative strategies among those federal ministries in equitable partnerships with our respective national political organizations. We could get the provincial partners and other partners from the private sector and universities and look at long-term solutions that are more preventative in nature. At the same time we can not lose sight of the dire need right here, right now.

Any of the strategies have to involve the players. That interministerial council has to set it up, formalize it and look for solutions.

The treaty process, the title and rights issues, the self-government agreements — we do not know when it will happen but we know right now we have a crisis and we are all paying for it one way or another. Why do we not roll up our sleeves and get to work and do it?

Senator Roche: The last sentence probably said it. We have a crisis right now. I do not know whether the committee can go deeper in getting solutions to the crisis. Even for us to be able to articulate and project it to wake up the consciousness of the political establishment —

The Chairman: Is a major step forward.

Mr. Morin: When we talk about some of the initiatives Health Canada has to offer, we are talking about dealing with the short-term urgent immediate health-related issues that exist in our communities. Many of the measures are Band-Aid solutions or stop-gap measures but they are nonetheless important and we have to deal with them.

Les mesures ou les politiques gouvernementales sont éphémères: elles sont mises sur pied que pour une année, ou tout au plus pour cinq ans. C'est là le problème. Aucune mesure ne dure. Ce n'est pas en cinq ans qu'on va changer 130 ans d'histoire, et changer les lois sur les Indiens qui nous ont opprimés et qui ont changé nos vies.

Nous avons des façons de faire à l'époque. Aujourd'hui, nous devons trouver un arrimage entre la vie traditionnelle et la vie contemporaine, notre histoire et la vie d'aujourd'hui. Souvent, nous rencontrons des femmes et des hommes qui veulent se guérir à leur propre manière, mais qui n'ont pas accès au financement parce que Santé Canada leur dit: «Vous ne rentrez pas dans nos critères.» Ce sont des pilules qu'on peut offrir, des thérapies reconnues par Santé Canada, et non des bains de vapeur ou de sels ou des moyens qui nous sont propres. C'est un autre obstacle. Si on pouvait avoir la flexibilité pour respecter nos diversités, ce serait déjà un bon point de départ.

[Traduction]

Le président: Monsieur Clark, je crois que vous voulez ajouter quelque chose.

M. Clark: La question est de savoir s'il faut s'attaquer au symptôme ou à la cause? Du point de vue pratique, pourquoi ne pas charger un conseil fédéral réunissant tous les ministères concernés de l'examen de stratégies collectives en partenariat, sur un pied d'égalité, avec nos organismes politiques nationaux respectifs. On pourrait impliquer des partenaires provinciaux, d'autres partenaires du secteur privé et les universités pour examiner des solutions à long terme plus préventives que réactives. Il ne faudrait pas, cependant, oublier pour autant les besoins immédiats qui sont criants.

Quelle que soit la stratégie, il faut qu'elle implique les personnes concernées. Il reviendrait à ce conseil interministériel le soin de tout mettre sur pied, d'officialiser l'exercice et de chercher des solutions.

L'application des traités, les questions de titres et de droits, les accords d'autonomie gouvernementale — nous ne savons pas quand tout cela sera réglé mais nous savons que dans l'immédiat nous vivons une crise et que nous en sommes tous des victimes d'une manière ou d'une autre. Pourquoi ne pas relever les manches et nous mettre au travail?

Le sénateur Roche: Vous venez probablement de mettre le doigt dessus. Nous sommes en pleine crise. Je ne sais si notre comité peut vraiment proposer des solutions à cette crise. La dénoncer pour réveiller les consciences des institutions politiques...

Le président: Serait déjà un grand pas en avant.

M. Morin: Lorsque nous parlons de certaines des initiatives offertes par Santé Canada, il s'agit de solutions à des problèmes de santé urgents, immédiats et à court terme dans nos communautés. Nombre de ces mesures sont ponctuelles, provisoires mais elles sont néanmoins importantes et il faut les appliquer.

I think you cannot simply concentrate on the symptoms because if you do that all you are doing is stopping the leakage and meanwhile the leakage continues and eventually you sink. The root causes of the problems and challenges that exist in our communities have to be addressed. Many people talked about statistics around this table, poverty and alcoholism. Those are all the symptoms of a root problem that exists in our communities.

I wish to remind people of the \$60 million exercise of the Royal Commission on Aboriginal Peoples and the 440 recommendations. At the core of the report and the recommendations was that the history between Canada and Aboriginal peoples has been deplorable and a miserable failure. It is a relationship based on colonialism, racism — a negative history. That has to stop. The status quo is not acceptable, it will simply perpetuate the problem and the problem is getting greater every day.

The core of their recommendation is that we have to change and bring about a new chapter in history between Canada and Aboriginal relations. As well, there needs to be political will on the part of the governments of Canada to enter into a new relationship with Aboriginal people based on mutual respect, recognition and sharing.

That new relationship has to be premised on a nation-to-nation, government-to-government, people-to-people basis. If you are going to deal with the root causes you must deal with the holistic picture and get to the fundamental issues. I think you have to deal with the core of the report of ARCAP and start moving on Aboriginal rights, self-determination and government has to have the political will to do it. That is the only way to have long-term solutions.

Finally, we, as Métis, have unique challenges within the federal system: the systemic discrimination, the lack of recognition of our peoples, the lack of recognition of our rights. That deserves specific mention and highlighted in your report because if you simply talk about us in an Aboriginal perspective without recognizing the distinctness of our people and our unique challenges, you will be doing us a disservice again.

You must deal with the real issues and the fundamental messages that Aboriginal leaders have been giving to Canadian governments for many years now.

Senator Morin: I want to thank the witnesses, merci beaucoup Ms Audette, and I want to thank my distant cousin Mr. Morin. What you have expressed and Senator Roche said earlier should certainly be the priority of the health care system from a federal perspective and I hope our report expresses that. The other point you raised is that the responsibility for health care should be in your hands. Here we are promoting regionalization at the provincial level and there is no reason that we should not do that for your own health care.

Il ne faut pas se concentrer sur les symptômes car cela revient simplement à arrêter la fuite mais le bateau finit quand même par couler. Il faut s'attaquer à la racine des problèmes dans nos communautés. Vous citez des chiffres d'alcoolisme, de pauvreté. Tous ces chiffres sont les symptômes de problèmes latents dans nos communautés.

Je me permets de vous rappeler les 60 millions de dollars qu'ont coûté le rapport sur la Commission royale sur les peuples autochtones et ses 440 recommandations. Au cœur de ce rapport et de ces recommandations il y a l'histoire des relations entre le Canada et les peuples autochtones dont le solde est lamentable. Ce sont des relations fondées sur le colonialisme, le racisme — sur une histoire négative. Il faut que cela cesse. Le statu quo est inacceptable, il ne fait que perpétuer le problème, problème qui s'aggrave de jour en jour.

La recommandation principale de ce rapport est la nécessité de changements et de nouveaux chapitres dans l'histoire des relations entre le Canada et les peuples autochtones. Aussi, la nécessité d'une volonté politique des gouvernements du Canada à entrer dans une nouvelle ère de relations avec les peuples autochtones fondées sur le partage, sur un respect et une reconnaissance mutuels.

Ces nouvelles relations doivent reposer sur le principe de relations de nation à nation, de gouvernement à gouvernement, de peuple à peuple. Si ce sont les racines du problème qui vous intéressent, il faut vous attaquer au tout et à ses éléments fondamentaux. Il faut reprendre le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, appliquer les recommandations sur les droits autochtones, sur l'autonomie politique et il faut que le gouvernement manifeste la volonté politique de le faire. C'est le seul moyen d'aboutir à des solutions à long terme.

Enfin, nous, les Métis, avons des défis uniques à relever dans le système fédéral: la discrimination systémique, l'absence de reconnaissance de nos peuples, l'absence de reconnaissance de nos droits. Ces questions méritent une mention particulière et d'être soulignées dans votre rapport car si vous ne parlez de nous que dans une perspective autochtone sans reconnaître le caractère distinct de notre peuple et de nos problèmes qui sont uniques, encore une fois nous serons oubliés.

Vous devez vous attaquer aux vrais problèmes et revenir sur les messages fondamentaux que les dirigeants autochtones adressent au gouvernement canadien depuis maintenant des années.

Le sénateur Morin: Je tiens à remercier les témoins, merci beaucoup madame Audette, et je tiens à remercier mon cousin éloigné, M. Morin. Ce que vous avez décrit, et ce que le sénateur Roche a souligné tout à l'heure, devrait être assurément une priorité pour le système de santé publique, dans la perspective fédérale et j'espère que notre rapport en fera la démonstration. Vous avez également dit qu'il faudrait que vous ayez vous-même la responsabilité de la santé. Nous promovons la régionalisation au niveau provincial, il n'y a donc pas lieu de ne pas vous confier la responsabilité de vos services de santé.

I would like to pose a question to all of you and then I have one question for Mr. Gordon, Ms Dewar and then Mr. Clark.

The federal government is now spending \$1.3 billion a year on health care delivery to First Nations and our programs have increased more than provincial programs by 10 per cent a year and there seems to be no end to that every year. If we add what the provinces are spending on First Nations health care, then the First Nations are the group in Canada that receives the most government money per capita for health services. It may not be enough.

Maybe we should be spending more; or maybe we are not spending it correctly. I would like to hear your opinion on that. From an outsider's perspective it is not that we are not putting in money, we are. There is a 10 per cent increase a year. This does not include research money, this is all health services. Maybe we should double it but I would like to have your opinion on that.

My question to Mr. Gordon and Mrs. Dewar is: From the material we have received, it appears that the majority of Inuit people are outside Canada, in Alaska, Greenland and Russia. Is the health status of the Inuit people in these other countries better than it is in Canada? Are there models in those countries? I suppose we tend to see what is going on in Greenland and in Alaska that could be adapted to our country.

Earlier Mr. Potter told us that off-reserve Indians — status Indians — were under federal responsibility and that these off-reserve Indians received what we called “non-insurable services” such as drugs and so forth, with the exception of community services. Is that a fact? You seemed to say that we are not under federal responsibility.

Mr. Clark: With regard to the \$1.3 billion and the 10 per cent, if Health Canada were to recognize its fiduciary responsibility to all Aboriginal people — including non-status, Métis, First Nations and Inuit living in the cities — that funding should go up exponentially. I would even suggest significantly higher and so the answer to that question is yes.

The other part of the answer is that is not only a matter of turning over money. There is another serious envelope that has to be developed. We have a dynamic population ready to take on that envelope and that is the employment and training initiatives, the educational aspirations our people have; they want to get involved. We also have to start setting up a “readiness criteria” so that when we take on further programs and services, whether it be through the friendship centres, First Nations, or other organizations that we have the appropriate Aboriginal trained people to do it and that takes a plan. That visioning and planning should have taken place long before.

However, until the government recognizes its fiduciary responsibility to all Aboriginal people it will continue to be a piecemeal approach.

J'aimerais vous poser une question qui s'adresse à tous et ensuite j'aurais une question qui s'adresse à M. Gordon, Mme Dewar, puis M. Clark.

Le budget fédéral pour la santé des Premières nations est de 1,3 milliard de dollars, cette année. Chaque année, sans exception, ce budget est de 10 p. 100 supérieur à celui affecté aux provinces. Si nous y ajoutons le budget pour la santé des Premières nations financées par les provinces, les Premières nations représentent la catégorie de population canadienne qui perçoit le plus gros montant d'argent fédéral par tête d'habitant pour les services de santé. Ce n'est peut-être pas suffisant.

Il faudrait peut-être dépenser plus ou peut-être mieux dépenser. J'aimerais avoir votre avis sur cette question. Vu de l'extérieur, on ne peut pas nous reprocher de ne pas donner d'argent, nous en donnons. Il y a une augmentation de 10 p. 100 par an. Cela n'inclut pas l'argent consacré à la recherche, il ne s'agit que des services de santé. Il faudrait peut-être doubler la somme mais j'aimerais avoir votre avis sur la question.

Ma question qui s'adresse à M. Gordon et à Mme Dewar est la suivante: d'après les documents que nous avons reçus, il semble que la majorité des Inuits vivent à l'extérieur du Canada, en Alaska, au Groenland et en Russie. Est-ce que l'état de santé des Inuits dans ces autres pays est meilleur qu'au Canada? Y a-t-il des modèles dans ces pays? Ce qui existe au Groenland ou en Alaska pourrait peut-être être adapté au Canada.

Tout à l'heure M. Potter nous a dit que les Indiens hors réserve — les Indiens inscrits — relevaient de la responsabilité fédérale et que ces Indiens hors réserve bénéficiaient de services dits «non assurables» comme les médicaments, et cetera, à l'exception des services communautaires. Est-ce vrai? Vous avez semblé dire que nous ne relevions pas de la responsabilité fédérale.

M. Clark: Pour ce qui est de ce montant de 1,3 milliard de dollars et ces 10 p. 100, si Santé Canada devait reconnaître sa responsabilité fiduciaire envers tous les peuples autochtones — y compris les non-inscrits, les Métis, les Premières nations et les Inuits vivant dans les villes — ce financement augmenterait de manière exponentielle. À mon avis, il serait beaucoup plus élevé, ma réponse à votre question est oui.

L'autre partie de la réponse est que ce n'est pas uniquement une question d'argent. Il y a une autre enveloppe importante qui est nécessaire. Nous avons une population dynamique prête à prendre la responsabilité de cette enveloppe et je veux parler de l'emploi et des initiatives de formation, des aspirations éducatives de notre peuple; nous voulons participer. Il y a aussi une préparation qui est indispensable. Si nous prenons en charge d'autres programmes et d'autres services, qu'ils soient pris en charge par les centres d'amitié, par les Premières nations ou par d'autres de nos organismes, il faut que nous ayons du personnel autochtone formé et pour cela, il faut un plan. Ce plan et cette vision auraient dû être mis en place il y a déjà longtemps.

Cependant, tant que le gouvernement ne reconnaîtra pas sa responsabilité fiduciaire envers tous les peuples autochtones, l'approche restera sporadique.

Ms Johnston: In relation to the \$1.3 billion the issue is how it is sent out to the First Nations because the concern is that the First Nations are not in the decision points in regards to how that money gets out to the communities. The issue is whether it is based on need or on the crisis of the moment. What are the criteria that this money goes out to First Nations?

One of the concerns raised by one of my colleagues was the whole issue of dealing with the root cause of some of our health problems. I have heard from the First Nations that the money that does come into the communities is very stove-pipe; it does not provide for the needs in the community. It is very specific as to how it is allocated. There are concerns in regard to that.

We as First Nations say that we need more money, but the problem is that Health Canada's priorities and allocations of funds are not necessarily in line with how the First Nations see it and how we feel funds should be allocated. We must work together on this if we are to resolve the health status.

The other concern I have with Health Canada is they are responding to public perception — the media. They are responding to concerns about sustainability of the system, they are talking about accountability and all of these issues. We as First Nations are concerned about the fact that we have high rates of suicide in our communities, high rates of tuberculosis and diabetes in our communities. These are our concerns. Yet, Health Canada is saying that they have concerns about accountability. Our issues and our priorities are different.

The other thing that I wanted to put forward is the issue of language. We saw this here in regards to the Senate committee. In working in the First Nations communities, language is key and critical to health in our communities. How you view health or the word health will be very different in the language.

Language is critical to what we are talking about if we are going to look at strategies in health, health promotion and prevention and what we are doing in the communities. We as Aboriginal people need to be involved in the strategies put forward.

In regards to your question about non-insured health benefits, the intent of the non-insured health benefits is to provide services to First Nations status on- and off-reserve. The challenge is that off-reserve people are not living in the communities and have not been involved in some of the discussions about non-insured health benefits, but the same thing can also be true for the First Nations living on reserve.

Health Canada makes the decisions. I will raise the *Corbière* decision, which allows those off-reserve to vote. What has happened is Health Canada and Indian Affairs does not provide money to the First Nations for services for those people living off-reserve. They only provide funds for people living on reserve. It is a challenge.

Senator Morin: Does that include pharmaceuticals?

Ms Johnston: For some pharmaceuticals, yes.

Senator Morin: There is a difference as far as pharmaceuticals are concerned between on- and off-reserve.

Mme Johnston: Le problème de ce montant 1,3 milliard de dollars est de savoir comment il est envoyé aux Premières nations car ce ne sont pas elles qui décident de la répartition entre les diverses communautés. Il s'agit de savoir si c'est en fonction des besoins ou pour répondre à une crise. Quels sont les critères de répartition?

Un de mes collègues a évoqué toute la question de la cause profonde de certains de nos problèmes de santé. Les dirigeants des Premières nations se plaignent du fait que l'utilisation de l'argent qu'on leur envoie est très cloisonnée. Ils ne peuvent pas s'en servir pour répondre aux besoins de leurs communautés. Ils ne peuvent s'en servir pour autre chose que ce qui est prévu. Cela leur pose beaucoup de problèmes.

Nous disons que nous avons besoin de plus d'argent, mais le problème c'est que les priorités et la répartition des fonds de Santé Canada ne correspondent pas forcément aux priorités et à la répartition des Premières nations. Il faut que nous réfléchissions ensemble à ce problème.

L'autre problème que me pose Santé Canada c'est que le ministère agit en fonction de la perception publique — des critiques des médias. Ils parlent de survie du système, de responsabilité, de comptes à rendre, et cetera. Nous, Premières nations, ce qui nous inquiète c'est le nombre de suicides dans nos communautés, la tuberculose et le diabète. C'est ça qui nous inquiète. Santé Canada continue à parler de responsabilité et de comptes à rendre. Nos problèmes et nos priorités sont différents.

L'autre point que je tenais à signaler est celui de la langue. Nous en avons eu la preuve ici même. Dans les communautés des Premières nations, la langue est un élément clé, un élément capital en matière de santé. La langue a une incidence directe sur la vision de la santé ou sur l'interprétation du mot santé.

La langue est capitale pour nous comprendre quand nous parlons de stratégies de santé, de promotion et de prévention sanitaires dans les communautés. Il faut que nous, peuples autochtones, participions à l'élaboration des stratégies.

Quant aux services de santé non assurés, ils sont là pour les Indiens inscrits des Premières nations dans et hors réserve. Le problème, c'est que les Autochtones hors réserve ne vivent pas dans les communautés et n'ont pas participé à certaines des discussions concernant les services de santé non assurés mais il arrive que cela soit aussi la même chose pour ceux qui vivent dans les réserves.

C'est Santé Canada qui prend les décisions. Il y a l'arrêt *Corbière* qui accorde le vote aux Indiens hors réserve. Le problème c'est que Santé Canada et Affaires indiennes ne donnent pas d'argent aux Premières nations pour les services offerts à ceux qui vivent hors réserve. Ils ne donnent de l'argent que pour ceux qui vivent dans les réserves. C'est un gros problème.

Le sénateur Morin: Y compris les produits pharmaceutiques?

Mme Johnston: Certains produits pharmaceutiques, oui.

Le sénateur Morin: Il y a une différence pour les produits pharmaceutiques en réserve et hors réserve?

Ms Johnston: That is correct.

Mr. Morin: I understood the opposite. We have to check on that because Mr. Potter told me exactly the opposite when I questioned him on that.

Ms Johnston: It is a concern because there are concerns in regard to some pharmaceuticals. It depends on access, that is the other issue. Maybe that is where the misinformation is because it is access to the non-insured health benefits. I hope I have answered your question.

Mme Johnston: Oui.

Le sénateur Morin: J'avais compris le contraire. Il faudra vérifier car M. Potter m'a dit exactement le contraire quand je lui ai posé la question.

Mme Johnston: Il y a d'autres problèmes concernant certains produits pharmaceutiques. Il y a des problèmes d'accès, par exemple. C'est peut-être à ce niveau qu'il y a confusion parce que c'est un problème d'accès aux services de santé non assurés. J'espère avoir répondu à votre question.

[Translation]

Ms Audette: For people living in urban areas, it is essential to offer them improved access to information on programs offered by the Medical Services Branch, for example, and to produce a guide which provides a list or access to services. In some places, the card for non-status Indians is not accepted. This guide could help people, given that they may not have a close relationship with their community or the required information. Also, I think it is important to create some sort of 1-800 number that would provide quick access to information, suggestions, or to lodge complaints or have access to information on their rights, et cetera. This is something that we should be thinking about for people in urban areas.

[English]

The Chairman: Mr. Gordon I believe you also had a comment.

Mr. Gordon: With respect to Senator Morin's question about the Inuit living outside of Canada, at present the conditions are similar to what we are going through; in some instances they are better and in some they are worse. I can provide the information.

Senator Morin: The reason I asked is if you had come across models or experiences that could be helpful to you. For example, does Alaska or Greenland have models that might be useful for Canada?

Mr. Gordon: I can get the information for you on those. I do not have it available right now. On the \$1.3 billion you are talking about spending, partnerships would provide assistance to Aboriginal people in the communities. Such partnerships would have to be meaningful in both directions; they would be transparent from both sides and decisions would not come from the top down because the needs, issues and priorities in the communities are different than what is seen in Ottawa.

It is like the community I come from in Inuvik. In 1954, Aklavik was the centre of our region at the time and we had spring floods every year. The bureaucrats in Ottawa decided to build a town, model it after a southern community and drop it where my community is now. My community was conceived and born down here in Ottawa.

Senator Kirby: I do not dare ask you how it works.

Senator DeWare: I am very pleased to be here today. I am not a member of the committee but I have been active in the health and education systems. It is hard for us to realize the reality of the health problems that you have when we live in areas where all aspects of health care are accessible.

You have talked about alcohol and substance abuse and suicide. If we are looking for a way to eliminate these problems we have to look at what Ms Johnston was talking about where 40 per cent of the population are youth and a quarter of that youth of that

[Français]

Mme Audette: Pour les personnes vivant en milieu urbain, il est primordial d'offrir un meilleur accès à l'information des programmes de la Direction générale des services médicaux, par exemple, et produire un guide qui dresse la liste ou l'accès aux services. À certains endroits, la carte indienne pour les non-statutés n'est pas acceptée. Ce guide pourrait aider ces gens, étant donné qu'ils n'ont peut-être pas une relation étroite avec leur communauté ou l'information nécessaire. Et, il serait aussi important de créer une ligne de services, style 1-800 pour obtenir de l'information rapidement, des suggestions ou déposer des plaintes pour avoir des renseignements sur leurs droits, et caetera. Ce serait quelque chose à penser pour les gens en milieu urbain.

[Traduction]

Le président: Monsieur Gordon, je crois que vous vouliez ajouter un commentaire.

M. Gordon: En réponse à la question du sénateur Morin sur les Inuits vivant en dehors du Canada, à l'heure actuelle, leurs circonstances sont analogues aux nôtres; pour certains elles sont meilleures et pour d'autres elles sont pires. Je pourrais vous fournir certains renseignements.

Le sénateur Morin: Si je vous ai posé cette question, c'est au cas où vous auriez eu connaissance de modèles ou d'expériences qui pourraient vous être utiles. Par exemple, est-ce que l'Alaska ou le Groenland appliquent des modèles qui pourraient être utiles au Canada?

M. Gordon: Je pourrais vous communiquer ces renseignements. Je ne les ai pas avec moi. Dans le contexte du budget de 1,3 milliard de dollars il pourrait y avoir des partenariats responsables de l'aide aux Peuples autochtones dans les communautés. Il faudrait que ces partenariats soient gagnants dans les deux sens; il faudrait que chez les uns et les autres tout soit transparent et que les décisions ne soient pas prises du sommet vers la base car les besoins, les problèmes et les priorités dans les communautés sont différents de ce qu'on peut connaître à Ottawa.

C'est comme la communauté d'où je viens à Inuvik. En 1954, Aklavik était le centre de notre région et il y avait des inondations tous les printemps. Les bureaucrates d'Ottawa ont décidé de construire une ville sur le modèle d'une communauté du sud à l'emplacement où se trouve aujourd'hui ma communauté. Ma communauté a été conçue ici à Ottawa.

Le sénateur Kirby: Je n'ose pas vous demander si tout va bien.

Le sénateur DeWare: Je suis très heureuse d'être ici aujourd'hui. Je ne suis pas membre du comité mais l'éducation et la santé sont deux domaines dans lesquels j'ai toujours été active. Il nous est difficile de saisir la réalité de vos problèmes de santé alors que nous vivons dans des régions où tous les services de santé sont accessibles.

Vous avez parlé d'alcoolisme, de toxicomanie et de suicide. Si nous voulons éliminer ces problèmes, il ne faut pas oublier ce que Mme Johnston nous a dit, à savoir qu'environ 40 p. 100 de la population est composée de jeunes et qu'un quart de ces jeunes ne

population do not go past Grade 9. Education often seems to be the answer to many problems.

A busy young person, a happy productive young person is a healthy young person. How do we educate young people and keep them in the system? What incentive is needed to stay there? Do we have to develop a different strategy for your particular communities? How do we motivate them? Maybe the education system we are trying to teach them is not what they need. Maybe they need different types of skills. Maybe they want learn how to use a computer. Maybe we need a modified community college program for them.

Let us ask what they want to learn and offer it to them to get them started. Ms Johnston is a perfect example that once educated, learning is a lifelong process. We are all learning. Today we are learning from you something that may change our lives and make us think differently about the Aboriginal communities.

How do we teach young people motor skills? If young people are busy people then they are not interested in substance abuse or suicide. The Royal Commission on Aboriginal Peoples recommended a cash program over the next 10 years to educate and train Aboriginal people to staff and manage health, social services, and mainstream institutions.

I feel that our young people are part of the answer. I know there is a problem that must be addressed now, but we also have to find a way to alleviate the problem in the future for young people. I put that to you.

Ms Johnston: I appreciate what you are saying about young people. I have heard the elders say exactly what you are saying in our communities: that the young people are the future of the nation.

Our programs must focus on self-esteem, the identity of who they are as people. You referred to me as an example of learning. What was valuable to me was my relationship with my grandparents, who taught me about my culture, my identity and who I was as a First Nations member. That is very key and very important. There has to be recognition of who we are as First Nations people in this country.

The young people are questioning who they are. They are questioning because of what has happened in the past, because of the residential schools, because some of the parents have been affected by what has happened in the past. The strategies that we focus on will be taking what is good from our past and our present and moving it into the future.

We as First Nations and as Aboriginal people in this country will have that dialogue and will have it with our elders and our youth to decide what it is that we need to put forward. We need to be given the opportunity to do that, and we need to be acknowledged that we are given the resources. With regard to funding, if it is to meet the needs in our community, allow us to take that funding and use it for what is best in our communities. That is what I see needs to happen.

dépassent pas la neuvième année. Souvent l'éducation semble être la réponse à nombre de ces problèmes.

Une jeune personne occupée, une jeune personne heureuse et productive est une jeune personne en bonne santé. Comment éduquer les jeunes et les garder dans le système? Quels encouragements sont nécessaires? Faut-il adopter une stratégie différente pour vos communautés particulières? Comment les motiver? Peut-être que l'éducation que nous essayons de leur donner ne répond pas à leurs besoins. Ils ont peut-être besoin de connaissances différentes. Ils veulent peut-être apprendre à se servir d'un ordinateur. Il est peut-être nécessaire de leur offrir des programmes de collège communautaire modifiés.

Demandons-leur ce qu'ils veulent apprendre et donnons leur pour qu'ils puissent commencer. Mme Johnston en est l'exemple parfait, une fois éduquée, on continue à apprendre toute sa vie. Nous continuons tous à apprendre. Aujourd'hui vous nous apprenez quelque chose qui changera peut-être nos vies et qui nous fera juger différemment les communautés autochtones.

Comment enseigner aux jeunes des capacités motrices? Quand les jeunes sont occupés ils ne songent ni à la drogue ni au suicide. La Commission royale sur les peuples autochtones recommandait un programme financé sur dix ans pour éduquer et former le futur personnel autochtone des services de santé, des services sociaux et autres services nécessaires à toute collectivité.

J'ai le sentiment que nos jeunes représentent en partie la réponse. Je sais qu'il y a un problème qui doit être réglé maintenant, mais il faut également trouver le moyen de rendre moins lourd le problème pour les jeunes de demain. C'est ce que je vous propose.

Mme Johnston: Je vous remercie de vos propos sur les jeunes. Nos anciens disent exactement la même chose: les jeunes sont l'avenir de la nation.

Nos programmes doivent être axés sur l'estime de soi, notre identité comme peuple. Vous avez dit que j'étais l'exemple parfait de gens éduqués. Ce qui a compté le plus pour moi, c'était ma relation avec mes grands-parents, qui m'ont enseigné ma culture, qui m'ont inculqué mon identité comme membre d'une Première nation. C'est extrêmement important. Nous, les Premières nations de ce pays, devons savoir qui nous sommes.

Les jeunes s'interrogent sur leur identité. Ils s'interrogent à cause de ce qui s'est passé autrefois, à cause des pensionnats, parce que certains de leurs parents en ont souffert. Nos stratégies seront fondées sur ce qui était bon dans notre passé et notre présent ainsi que pour l'avenir.

Nous, les Premières nations de ce pays, aurons ce dialogue avec nos anciens et nos jeunes pour décider ce que nous devons mettre de l'avant. Il faut qu'on nous donne cette possibilité, et il faut qu'on nous donne les ressources voulues. Pour ce qui est du financement, il doit servir pour combler les besoins de nos populations, et l'on doit nous permettre d'utiliser ces fonds dans l'intérêt supérieur de nos communautés. C'est ce qui doit se faire à mon avis.

Senator DeWare: Why are the young people dropping out? Health Canada talked about their training program for nurses, and how at the end of one year they had all dropped out. Is there any follow-up as to why they dropped out? Is there a reason for that?

Ms Johnston: I can address from my own experience of having studied nursing and gone through the college and university systems. The educational system does not allow you to invest some time to look at health in a holistic manner. That is the one criticism that I have of the college and university system.

When I took my nursing training my grandmother taught me a great deal about the mental, physical, spiritual and the emotional aspects of health. I had a hard time when going through the college and university system, particularly university, because it was very much based on nursing theory. What I found interesting was that the nursing theory did not focus on the spiritual and emotional elements; it emphasized the biophysical aspect, which was contrary to what my grandmother taught me.

I was lucky to have had the opportunity to talk about these things with my grandparents. Sometimes what we are taught at home is very different from what we learn in an institutional setting. The other aspect is the way of learning. I learned at home that it is based on experience and I find that the college and university system is not based on that.

Ms Dewar: I wish to give the members of the committee an idea of how difficult the assimilation and colonization of the Aboriginal people has been. It is has only been 50 years since the federal government came to our Arctic communities and began making demands that we run our communities in the so-called western world in English. Everything was forced upon us and it has not been easy. People still find themselves adjusting to the system that is foreign to our people.

This is not to say that we dislike everything that was brought to us; it is only that we have not been involved from the beginning. Our elders were drastically excluded from giving ideas to any system that was brought to the communities in the Arctic. I will give you an example.

I was in Rankin Inlet this past weekend where I met a young woman who is doing something for her people with the funding that we have been helping her to get. She has a women's sewing group called "Bringing Back our Sinew." The members of the group are provided with materials — everything, including skins — to sew and make caribou clothing, sealskin boots and everything that our ancestors made in the past. Inuit men are hunting again to catch the fur.

This brings back the self-esteem that was missing. This brings back the participation that they have not gone through in 30 years. Everything stopped because everything was brought to us. They were going through transition, they were going through hardship, they were going through confusion.

What do we do with this foreign system, justice system, courts, English schooling and everything else that was brought to us?

Le sénateur DeWare: Pourquoi les jeunes décrochent-ils? Santé Canada parlait de son programme de formation du personnel infirmier, et l'on disait qu'au bout d'une année, tous avaient décroché. S'est-on demandé pourquoi ils avaient décroché? Y a-t-il une raison à cela?

Mme Johnston: Je peux expliquer cela d'après ma propre expérience, ayant étudié les sciences infirmières dans le système des collèges et universités. Le système d'éducation ne vous permet pas de prendre un peu le temps pour considérer la santé dans une optique holistique. C'est la seule critique que j'ai contre le système des collèges et universités.

Lorsque j'ai reçu ma formation d'infirmière, ma grand-mère m'a appris beaucoup de choses au sujet des aspects mentaux, physiques, spirituels et émotifs de la santé. J'avais beaucoup de difficultés dans le système des collèges et universités, surtout, à l'université, parce que l'enseignement était largement fondé sur la théorie des sciences infirmières. Ce que j'ai trouvé intéressant, c'est que la théorie des sciences infirmières n'était pas fondée sur des éléments spirituels et émotifs; on soulignait l'aspect biophysique, ce qui était contraire à l'enseignement de ma grand-mère.

J'ai eu la chance de discuter de ces choses avec mes grands-parents. Parfois, ce qu'on apprend à la maison est très différent de ce qu'on apprend dans un établissement d'enseignement. L'autre aspect, c'est la façon d'apprendre. Ce que j'ai appris à la maison était fondé sur l'expérience, ce qui n'est pas le cas du système des collèges et universités.

Mme Dewar: J'aimerais donner aux membres du comité une idée des difficultés qu'ont causées l'assimilation et la colonisation des peuples autochtones. Il y a à peine 50 ans de cela, les représentants du gouvernement fédéral sont venus dans nos localités de l'Arctique et nous ont obligés à diriger nos localités à la manière de ce qu'on appelle le monde occidental en anglais. Tout nous a été imposé, et ce n'était pas facile. Les gens ont encore du mal à s'adapter à un système qui leur est étranger.

Ce qui ne veut pas dire que nous détestons tout ce qu'on nous a donné; c'est seulement qu'on ne nous a pas demandé notre avis au départ. Il était formellement interdit à nos anciens de communiquer leurs idées au système qui était imposé aux communautés de l'Arctique. Je vais vous donner un exemple.

J'étais à Rankin Inlet le week-end dernier, et j'y ai rencontré une jeune femme qui aide ses semblables avec les fonds que nous lui avons aidé à obtenir. Elle a créé ce groupe de couture pour femmes qui s'appelle «Bringing Back our Sinew». On donne aux membres de ce groupe des tissus — tout, même des peaux — pour coudre et fabriquer des vêtements de caribou, des bottes de phoque et tout ce que nos ancêtres fabriquaient par le passé. Les hommes inuits chassent de nouveau pour rapporter des fourrures.

Cela ramène l'estime de soi qui manquait. Cela ravive la participation qui n'existait plus depuis 30 ans. Tout s'était arrêté parce qu'on nous donnait tout. Ces gens vivaient une transition, ils éprouvaient des difficultés, ils étaient confus.

Que faisons-nous de ce système étranger, le système judiciaire, les tribunaux, la scolarisation en anglais et tout ce qu'on nous a

How would you feel if we brought our culture to you in Ottawa: Here, do it.

It was sent to us in that manner. These things are hard. But include us in the process — include the women as well. We have the expertise in the health system. We have been excluded from sitting down with the other five organizations. Pauktuutit is not recognized by the federal government to participate in decision-making and policy-making. Inuit women want to be included. We want to work together. Many times we look at what the government is doing and say that this is wrong, but also we have to look at ourselves as leaders who have been assigned to do the work and organizations, include everybody.

The people who work in the offices in Ottawa with the health system have no clue about the Inuit in the Arctic. We need to educate each other. We need to be included.

[Translation]

Ms Audette: I would like to answer the question from the senator. For women, health is the cornerstone to ensure proper self-government down the line. It is important for us that people be in good health, but it begins with the individual: men, women, the young and not-so-young. Finally, the family and the nation. We take a holistic approach, you have seen, it is quite clear, and in this holistic approach, education is an important part, a key part for the welfare of our nations.

What do we do when young people know full well that they have no natural resources, no territory, nowhere to invest in terms of business within their community? The message that we are hearing from many young people is the following: "Why should I go to school when there is no future here?"

We need to change this mentality and make people accountable, not only women's groups, but at all levels, be it governments, existing entities, band councils, and everyone involved. It is difficult for them and it is just as difficult to begin sustainable development at this time within our communities, given the lack of territory, the non-recognition of our fundamental rights, the right to self-government, and so on. This leads to social problems in our communities. You know this, it is alarming, and I mentioned it earlier, it is a ticking time bomb.

Social problems also lead to juvenile delinquency. It has been proven that most of these young people suffer from fetal alcohol syndrome or related effects. Who gave them this syndrome? It is women. And why are these women drinking? Because society, social problems, et cetera, have led them to it.

I would like to say, that, yes, we must deal with youth, but we seem to forget the physical and mental health of Aboriginal women. It is very important to have specific groups, organizations and programs designed for women. You cannot destroy a people and then say: "well, there is a problem with our youth". You need

apporté? Que diriez-vous si nous vous imposions notre culture à vous, à Ottawa et qu'on vous disait: Voici, faites ceci.

C'est ce qu'on a fait avec nous. C'était difficile. Mais faites-nous une place dans le processus — faites une place aux femmes aussi. Nous connaissons le système de santé. On nous a empêchés de nous joindre aux cinq autres organisations. Le gouvernement fédéral ne reconnaît pas à Pauktuutit le droit de participer à la prise de décisions et à l'élaboration des politiques. Les femmes inuites veulent qu'on leur fasse une place. Nous voulons travailler avec les autres. Souvent, nous voyons ce que fait le gouvernement et nous disons que c'est la mauvaise décision, mais nous devons aussi nous interroger à titre de dirigeants à qui on a confié le soin de faire le travail et à titre sur nos organisations, il faut que tout le monde participe.

Les gens qui travaillent dans les bureaux du système de santé à Ottawa ne savent rien au sujet des Inuits de l'Arctique. Nous devons nous éduquer les uns les autres. Il faut qu'on nous fasse une place.

[Français]

Mme Audette: J'aimerais répondre à la question de madame le sénateur. Pour les femmes, la santé est la pierre angulaire pour une éventuelle autonomie gouvernementale saine. Avoir du monde en santé, c'est important pour nous, mais cela commence par l'individu: les hommes, les femmes, les jeunes et les moins jeunes. Ensuite, la famille et la nation. Nous avons une approche holistique, vous l'avez remarqué, c'est assez clair, et dans cette approche holistique, l'éducation fait partie et est la clé importante pour le mieux-être de nos nations.

Qu'est-ce qu'on fait quand les jeunes savent très bien qu'ils n'ont pas de ressources naturelles, pas de territoire, pas d'endroit pour investir en termes d'entreprises au sein de leur communauté? Le message que nous recevons des plusieurs jeunes: «Pourquoi j'irais à l'école alors qu'il n'y a pas d'avenir chez nous?»

Il faut changer ces mentalités et responsabiliser nos gens, non pas seulement par un groupe de femmes, mais à tous les niveaux que nous avons, soit les gouvernements, les entités existantes, les conseils de bande, tout le monde doit s'investir là-dedans. C'est difficile pour eux et c'est aussi difficile d'établir un développement durable en ce moment au sein de nos communautés, vu le manque de territoire, la non-reconnaissance de nos droits fondamentaux, le droit à l'autonomie gouvernementale, et caetera. Cela amène des problèmes sociaux dans nos communautés. Vous le savez, c'est alarmant, je l'ai dit tantôt, c'est une bombe à retardement.

Les problèmes sociaux aussi, amènent de la délinquance chez les jeunes. Il a été prouvé que la plupart de ces jeunes sont atteints du syndrome de l'alcoolisme foetal ou de ses effets. Qui leur a transmis ce syndrome? Ce sont les femmes. Et pourquoi les femmes consomment de la boisson? Parce que la société, les problèmes sociaux, et caetera, en ont fait ainsi.

Je tiens à dire que, oui, on doit s'attaquer à la jeunesse, mais on semble oublier la santé physique et mentale des femmes autochtones. C'est très important d'avoir des groupes spécifiques, des organisations et des programmes conçus pour les femmes. On ne peut pas détruire un peuple et ensuite dire: «bien, il y a un

to go to the heart of the problem, and it is women who give birth to children, unless that has changed. No. We are still the ones who bring children into the world. We are the ones transmitting HIV, fetal alcohol syndrom, and so on. We also need to think about women.

[English]

Mr. Clark: I have a quick comment on the issue of young people dropping out of school. Sixty per cent of our people are under the age of 25, and 80 per cent of those people live off reserve. That is the fastest growing ethnic group in the country and it will double. Back in 1962, there were four Aboriginal university graduates that we knew of. Ten years later, the National Indian Brotherhood — now the Assembly of First Nations — fought long and hard for Indian control over Indian education. Today there are approximately 20,000 to 30,000 people holding university degrees.

How do we address it? I say we extend the same principles of Indian control to Aboriginal control over Aboriginal education where the numbers warrant it in the urban centres. Why not? It has proven successful there.

I would be remiss if I did not share the following with you. I want to address in the most respectful manner possible the concept of dropping out. If it was randomly dispersed in society that people were dropping out then it is not a problem as an Aboriginal person. But in society we see certain patterns of people who are dropping out. Often those patterns of people in this particular case are Aboriginal, or they are poor, or they are people of colour. That suggests something that is not individualistic, that is, "I am making a choice to drop out."

Rather, it suggest that there is probably something there historical, something that is more systemic and something that leads more to pushing out people. When looking at the educational system, we have to recognize that there are young people who are bombarded with racism. I talk to these young people on a regular basis; they have that experience on a daily basis. We have a lot of work to do, but we cannot deal with education in isolation of housing, in isolation of child care, the whole list: employment, training and jobs.

That is why I keep returning to the one fundamental issue: It is a crisis. Let us recognize it, roll up our sleeves, bring together the appropriate partners and find a comprehensive approach to addressing the whole for the betterment of everyone in Canadian society. In the end, it would be far more cost-effective than the status quo seen today.

Mr. Morin: I want to come back to one issue. I would ask the committee to consider making a recommendation with respect to the Métis. In view of the fact that the federal government denies any responsibility or jurisdiction with regard to people in our communities, many programs and resources are not available to our people. Senator Morin mentioned the figure of \$1.3 billion. Métis people in Canada have not been able to access that funding.

problème avec nos jeunes.» Il faut aller à la base et ce sont les femmes qui donnent naissance aux enfants, à moins que cela n'ait changé. Non. C'est encore nous qui mettons au monde les enfants. Nous leur transmettons soit le VIH, le syndrome de l'alcoolisme foétal, et caetera. Il faut aussi penser à la question des femmes.

[Traduction]

M. Clark: J'ai une brève observation à faire au sujet des jeunes qui décrochent. Soixante pour-cent de notre population ont moins de 25 ans, et 80 p. 100 d'entre eux vivent hors réserves. C'est le groupe ethnique qui connaît la plus forte croissance dans notre pays, et son nombre va doubler. En 1962, il n'y avait que quatre diplômés universitaires autochtones. Dix ans plus tard, la fraternité nationale des Indiens — qui est aujourd'hui l'Assemblée des premières nations — a engagé une lutte longue et ardue pour permettre aux Indiens de contrôler leur éducation. Aujourd'hui, il y a environ 20 000 ou 30 000 Autochtones qui détiennent un diplôme universitaire.

Comment régler ce problème? Je dis que nous devons appliquer les mêmes principes du contrôle par les Indiens à l'éducation autochtone là où le nombre le justifie dans les centres urbains. Et pourquoi pas? On a eu du succès de ce côté.

Je m'en voudrais de ne pas vous dire ceci. Je veux me pencher sur la notion de décrochage avec le plus de respect possible. Si le décrochage était un phénomène généralisé dans la société, ce ne serait pas un problème pour les Autochtones. Mais dans la société, on voit que les décrocheurs ont certains traits communs. Dans ce cas-ci, il s'agit souvent d'Autochtones, ou de personnes qui sont pauvres ou d'une race différente. Cela prouve qu'il ne s'agit pas d'un phénomène individuel où une seule personne dit: «Moi, j'ai décidé de décrocher».

Au contraire, cela démontre que c'est probablement un phénomène historique, un phénomène qui est plus systémique et qui fait que plus de gens sont exclus. Quand on voit le système d'éducation, on y voit des jeunes qui sont constamment en butte au racisme. Je parle souvent à ces jeunes-là; c'est une expérience qu'ils vivent quotidiennement. Nous avons beaucoup de travail à faire, mais nous ne pouvons pas isoler l'éducation du logement, de la garde d'enfants, toute la liste: l'emploi, la formation et le travail.

Voilà pourquoi je reviens toujours à la question fondamentale: c'est une crise. Qu'on le reconnaisse, qu'on se retrouve les manches, que l'on trouve les partenaires voulus et que l'on conçoive une approche globale pour assurer le mieux-être de chacun dans la société canadienne. Au bout du compte, il en coûterait beaucoup moins que le statu quo que l'on connaît aujourd'hui.

M. Morin: J'aimerais revenir à une question. Je voudrais que le comité fasse une recommandation au sujet des Métis. Étant donné que le gouvernement fédéral nous refuse toute responsabilité ou compétence concernant nos communautés, nos gens n'ont pas accès à une foule de programmes et de ressources. Le sénateur Morin a cité le chiffre de 1,3 milliard de dollars. Les Métis du Canada n'ont pas eu accès à ce financement.

Many of the respect to programs are not extended to our people. The pharmaceuticals, for example: Many of our people are extremely poor. I have seen children of single mothers who have been diagnosed and are in a lot of pain, but they do not have the money to pay for their prescriptions. In some situations, I have paid for it out of my own pocket. Those examples exist everywhere and it is creating considerable pain and misery for our people.

The federal government needs to consider our unique circumstances and challenges. We will certainly offer any information that we have from our office in putting together your report and your recommendations, but there needs to be a specific recommendation that it is time that the federal government accept its constitutional responsibility for addressing Métis people in Canada.

Senator Robertson: It is most certainly learning process. All the witnesses appear to recognize that there are many root causes for the problems and that health does not stand alone. There seems to be a common consensus that the colonial system in which we have been living does not work.

One of more difficult things for this committee will be to address how to close to the truth and how to look at proper recommendations. Among all of today's witnesses, I see a commonality of concern as well as the individual differences depending on which group is represented.

If we put all the witnesses together in a room for X number of days, could there be agreement on references, recommendations to us? While there is a commonality, there is also a diversification. I do not know if that is possible but I think it might be quite interesting if we could get a response from all of you and see how we make out with that process. Right now, the process is scary because I do not know how we get around all these diversifications.

Mr. Morin: If you put a bunch of us in the same room to try to come up with solutions we might reflect the House of Commons.

There are certain common issues that we can work on together. What is important and what we are urging certainly from the perspective of the Métis Nation is the diversity of the Aboriginal peoples of Canada. There are three Aboriginal peoples in Canada recognized in the Constitution of Canada, the highest law of our land: the Indian people, the Inuit people, and the Métis peoples and we represent the historic nation.

As a starting point, you must recognize the fundamental distinctiveness of the three Aboriginal peoples in Canada and importance of how you deal with them. In our case, the Métis Nation dealing with the Government of Canada, on a bilateral basis to deal with the unique circumstances and challenges of the Métis Nation and the issues that we have in our community. That is important.

I would like to make one final point. Returning to my earlier comments about dealing with the fundamental issues, the rights-based issues, the self-determination and so on, I think that parliamentarians and governments across Canada know the

Nos gens n'ont pas droit à bon nombre de programmes. Aux médicaments, par exemple. Beaucoup sont très pauvres. J'ai vu les enfants de mères monoparentales qui ont été diagnostiqués et qui souffrent beaucoup, mais les mères n'ont pas d'argent pour acheter les médicaments d'ordonnances. Dans certains cas, il a fallu que je paye de ma poche. On voit ces exemples partout, et cela crée des souffrances et une misère considérables pour nos gens.

Le gouvernement fédéral doit tenir compte de nos circonstances et de nos difficultés exceptionnelles. Nous allons certainement mettre à votre disposition toutes les informations que nous avons dans nos bureaux lorsque vous rédigerez votre rapport et vos recommandations, mais il faut qu'il y ait une recommandation précise où vous direz qu'il est temps que le gouvernement fédéral admette sa responsabilité constitutionnelle envers les Métis du Canada.

Le sénateur Robertson: Chose certaine, nous apprenons beaucoup de choses. Tous les témoins semblent reconnaître qu'il y a de nombreuses causes profondes à ces problèmes et que la santé n'est pas isolée. Tout le monde semble admettre que le système colonial dans lequel nous avons vécu ne fonctionne pas.

L'une des tâches les plus difficiles pour notre comité consistera à nous rapprocher de la vérité et à faire les recommandations voulues. Parmi tous les témoins d'aujourd'hui, je constate un certain degré de convergence ainsi que de certaines différences, selon chaque groupe qui est représenté.

Si on réunissait tous ces témoins dans une salle pendant un nombre de jours X, est-ce qu'ils pourraient s'entendre sur les références, sur les recommandations qu'on doit nous faire? Même s'il y a une certaine convergence, il y a aussi diversité. Je ne sais pas si c'est possible mais je crois qu'il serait très intéressant que chacun d'entre vous donne son avis là-dessus et voir comment nous nous en tirons. À l'heure actuelle, le processus me fait peur parce que je ne sais pas comment contourner toute cette diversité.

M. Morin: Si vous nous mettiez tous dans la même salle pour trouver des solutions, nous ressemblerions à la Chambre des communes.

Il y a certaines questions communes sur lesquelles nous pouvons travailler ensemble. Ce qui est important, et, ce que nous vous exhortons à faire du point de vue de la nation métis, c'est de considérer la diversité des peuples autochtones du Canada. La Constitution du Canada, la loi suprême de notre pays, reconnaît trois peuples autochtones au Canada: les Indiens, les Inuits et les Métis, et nous représentons une nation historique.

Comme point de départ, vous devez reconnaître la spécificité fondamentale des trois peuples autochtones du Canada lorsque vous traitez avec eux. Dans notre cas, la Nation métis traite avec le gouvernement du Canada sur une base bilatérale étant donné les circonstances et les difficultés propres à la Nation métis et les problèmes que nous avons dans notre communauté. C'est important.

J'aimerais faire une dernière observation. Pour en revenir à ce que j'ai dit plus tôt au sujet des questions fondamentales, des questions relatives aux droits, de l'autodétermination et du reste, je crois que les parlementaires et les gouvernements du Canada

solutions. We have been telling them for a long time. All it takes is good faith and political will and then simply do it. I suggest that that political will and that good faith is not there.

It is time that we begin the chapter that the Royal Commission talked about and form a new affiliation based on a nation-to-nation, government-to-government relationship. Somehow, we must figure out ways and means to create that good will and good faith to ensure that we achieve those solutions on behalf of our people and on behalf of our country.

Mr. Gordon: I agree with what Mr. Morin has stated. If you put us into a room we would agree on a majority of issues. The federal government must recognize that each one of our groups is unique. I have relatives who were brought up and live on the coast. When driving inland in the wintertime, they have become claustrophobic because of trees. Each group of people and each community is unique in itself and that has to be taken into consideration. To resolve many of the existing problems, we have to start at the community level. Funds must be made available for the communities to start working.

Ms Johnston: It is a very interesting question about putting us together. I would agree with my colleagues that we would probably agree on some key issues. We might have different strategies based on some of our jurisdictional questions and issues. I agree with my colleagues in saying that the government must recognize that we are distinct groups as indigenous people within this country.

If any message has to emerge, it is that we, as Aboriginal people, need to be involved in the decisions that move forward. I will use the social union framework. Jurisdictional problems occur because of the federal and provincial relationship. We are not included in those discussions when the provinces come together to talk about health care and that is what we are here to talk about. If we are going to be involved in the solutions of this country's problems relating to provision of health care to the indigenous people of this country, then we need to be at those tables.

We need to be part of the solution in putting forward the strategies. If you look at the status of health as First Nations and as Aboriginal people in this country, the statistics show that we are not the same as Canadians. We need to be part of the solution. As my grandmother said, if you are not part of the solution you are part of the problem. We have to be part of that and I would strongly recommend that if there are to be any social union framework discussions, we should be there.

Senator Robertson: This is my point. You want to be involved. If we ask you to be involved and we take recommendations individually from each group, then Group A may not agree with Group C and there is a conundrum there. If broad issues and recommendations that affect everyone in good measure could be brought forward, it would be a starting point for us.

connaissent les solutions. Il y a longtemps qu'on leur en parle. Pour agir, il suffit d'être de bonne foi et d'avoir la volonté politique voulue. À mon avis, cette volonté politique et cette bonne foi sont absentes.

Il est temps d'aborder le chapitre que contenait le rapport de la Commission royale et de former un nouveau rapport fondé sur une relation nation à nation, gouvernement à gouvernement. D'une manière ou d'une autre, nous devons trouver le moyen de susciter cette bonne volonté et cette bonne foi pour trouver des solutions dans l'intérêt de nos gens et de notre pays.

M. Gordon: Je suis d'accord avec M. Morin. Si vous nous réunissiez dans une salle nous nous entendrions sur la majorité des questions. Le gouvernement fédéral doit reconnaître que chaque groupe est unique. J'ai des parents qui ont grandi sur la côte et qui y vivent. Lorsqu'ils se rendent à l'intérieur des terres l'hiver, ils deviennent claustrophobes à cause des arbres. Chaque groupe et chaque communauté est unique, et cela doit être pris en compte. Pour résoudre bon nombre des problèmes qui existent, il faut commencer au niveau communautaire. Il faut accorder des fonds aux communautés pour qu'elles se mettent à l'oeuvre.

Mme Johnston: C'est une question intéressante. Je suis d'accord avec mes collègues pour dire que nous nous entendrions probablement sur certaines questions. Nos stratégies sont peut-être différentes selon les provinces ou les territoires où nous vivons. À l'instar de mes collègues, j'estime que le gouvernement doit reconnaître que nous sommes un groupe indigène distinct de notre pays.

Si nous pouvions vous laisser un message, ce serait que nous, comme peuple autochtone, devons participer aux décisions. Je vous donne l'exemple de l'entente-cadre sur l'union sociale. Des problèmes de compétences sont survenus en raison de la relation qui existe entre le palier fédéral et le palier provincial. Nous ne participons pas aux discussions lorsque les provinces se réunissent pour discuter des soins de santé, ce dont il s'agit ici. Si on veut que nous participions à l'élaboration de solutions aux problèmes du pays en matière de prestations de soins de santé aux Autochtones, nous devons participer à ces discussions.

Nous voulons participer à la mise en oeuvre de stratégies. Si vous examinez les statistiques sur la santé des Premières nations et des Autochtones du pays, vous constaterez que leur situation diffère de celle des Canadiens. Nous voulons faire partie de la solution. Comme le disait ma grand-mère, si vous ne faites pas partie de la solution, vous faites partie du problème. Nous voulons faire partie de la solution et je recommande fortement qu'on nous donne voix au chapitre lors des discussions dans le cadre de l'entente-cadre sur l'union sociale.

Le sénateur Robertson: Voilà précisément où je voulais en venir. Vous voulez participer aux discussions. Si nous vous demandons d'y participer et que nous acceptons des recommandations de chaque groupe, le groupe A ne sera peut-être pas d'accord avec le groupe C, ce qui nous mettra devant un dilemme. Si vous pouviez ensemble nous transmettre des recommandations sur les grandes questions qui vous touchent tous, ce serait un bon point de départ pour nous.

Some of us have been told before, Mr. Chairman, that one of the reasons we do not make progress is because of the disagreement among the participants. I do not know about that, but I would like to see some agreement and we cannot move forward unless we have your advice, unless we consult with you. I believe a consultation is absolutely essential to how we get there. That is something I would like to return to.

The Chairman: Mr. Clark, I will give you last word.

Mr. Clark: Our young people and our elders have been saying that out of the royal commission it is obvious that we have more in common than we have in difference and therefore, yes, is the answer to that one.

A more important question in my mind is, could we get all the premiers and the Prime Minister together in the same room and get them to agree that we are facing a national crisis and let us get our work done?

Senator Robertson: We could recommend that.

The Chairman: Some of around this table have been involved in trying to do that on other issues.

Ms Audette: I feel the same way. We all need to sit down and to share expertise as long as the diversity is respected at the end.

I wish to thank you for the invitation. I hope within our five minutes — or for those who took more, lucky them — we each showed you a piece of the real picture that we face on a daily basis. It is difficult for us. We are here on behalf of our members, our people, our friends, but everywhere everybody will need to be involved.

We will also need some support because it is so difficult. As a woman I am lucky; look at this, First Nation, off-reserve and Métis and I believe in those organizations even if I work for Native Women's Association of Canada. I am so proud of the National Aboriginal Health Organization.

The Chairman: They are coming next.

Ms Audette: You will see that we are all sitting at the same table. There is hope, and many possibilities.

The Chairman: May I say to all of you on behalf of the committee, that all of your comments were really helpful to us and as Ms Audette said, you gave us more than a slice of reality. That is something those of us based in Ottawa could do with a lot more often.

Thank you for coming. We have Dr. Judith Bartlett and Richard Jock on behalf of the National Aboriginal Health Organization.

We have your presentation in front of us. You may take us through it, after which I will turn to Dr. Reading, appearing on behalf of the Institute of Aboriginal People's Health.

Dr. Judith Bartlett, Chair, National Aboriginal Health Organization: Thank you for inviting the National Aboriginal Health Organization to be present here today. I have five areas I would like to talk about.

Monsieur le président, certains d'entre nous se sont fait dire dans le passé qu'on n'avait pas fait de progrès à ce chapitre notamment parce que les participants ne s'entendaient pas entre eux. J'ignore si tel est le cas, mais j'aimerais bien qu'on finisse par s'entendre car nous ne pourrions progresser sans vos conseils, sans vous consulter. J'estime qu'il est essentiel de vous consulter sur la façon de procéder. J'aimerais revenir à ce sujet, d'ailleurs.

Le président: Monsieur Clark, vous aurez le dernier mot.

M. Clark: Les jeunes et les aînés ont dit à la commission royale qu'il est évident que ce qui nous différencie n'est pas aussi important que ce qui nous rapproche. Par conséquent, je répondrais oui à votre question.

Cependant, à mon avis, il est plus important de se demander si on pourrait amener tous les premiers ministres à s'entendre pour dire que nous faisons face à une crise nationale et qu'il est temps d'agir.

Le sénateur Robertson: Nous pourrions en faire la recommandation.

Le président: Certains d'entre nous ici présents ont fait des tentatives en ce sens dans d'autres dossiers.

Mme Audette: J'abonde dans le même sens. Nous devons nous réunir et profiter des connaissances d'experts de chacun tout en respectant notre diversité.

Je vous remercie de votre invitation. J'espère que dans les cinq minutes qui nous ont été accordées — certains ont eu davantage, ils ont eu de la chance — nous avons pu vous dresser un tableau réaliste de notre vie quotidienne. C'est difficile pour nous. Nous sommes ici au nom de nos membres, de notre peuple, de nos amis, mais tous, partout, devront être mis à contribution.

Nous avons besoin de soutien, parce que la situation est si difficile. Comme femme, j'ai de la chance; ici, vous avez les Premières nations, les Indiens hors réserve et les Métis, et je crois à ces organisations même si je travaille pour l'Association des femmes autochtones du Canada. Je suis très fière de l'Association nationale sur la santé des Autochtones.

Le président: Ce sont nos prochains témoins.

Mme Audette: Vous constaterez que nous sommes tous assis à la même table. Il y a de l'espoir et beaucoup de possibilités.

Le président: Au nom de tous les membres du comité, je tiens à vous dire que vos remarques nous ont été très utiles. Comme Mme Audette l'a dit, vous nous avez confrontés à la réalité, ce qui devrait être le cas plus souvent pour nous, à Ottawa.

Merci d'être venus. Nous accueillons maintenant la Dre Judith Bartlett et Richard Jock, qui représentent l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones.

Nous avons votre mémoire. Si vous voulez bien le passer en revue avec nous, après quoi nous céderons la parole au Dr Reading, qui représente l'Institut de la santé des Autochtones.

Dre Judith Bartlett, présidente, Organisation nationale sur la santé des Autochtones: Merci d'avoir invité l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones à témoigner aujourd'hui. J'aimerais aborder cinq sujets.

First, I will tell you a little bit about the National Aboriginal Health Organization. Then I will look at Aboriginal health in 2001, including some of the indicators that were included in your interim report, and looking at Aboriginal people relative to those indicators. We will look at the current federal policy environment and the impacts of such policy. Finally, we will speak briefly on some recommendations for consideration by the committee.

NAHO is an independent Aboriginal health knowledge organization. It is focussed on improving the physical, social, mental and spiritual health of Aboriginal peoples. We have a number of priority areas that came about as a result of national consultations. Before our board was formed, an implementation committee and a joint steering committee went across the country to find out what the priorities were. Several priority areas were noted, as well as the issue of the distinctness or uniqueness of each Aboriginal constituency, whether First Nations, Inuit or Métis.

The first of the three major priority areas involves health research and health information, gathering information, and disseminating it to people in usable form. The second area looks at influencing policy development and building capacity in the health area, particularly in health careers. The third area looks at the traditional health and healing situation in Canada; we want to look at how we provide information and how we help to bring the traditional knowledge and perspectives to the Canadian health care system as we have it today.

We are developing three centres. As I said, it was very important throughout the consultations that the specific needs of First Nations, Métis and Inuit be addressed. Each constituency has different needs that are specific to them. As well, we will look at the central functions, and consider what issues are global, what issues are better looked at on a national basis, and then how we provide support to those centres.

With regard to Aboriginal health in 2001, I want to preface this with the comment that the data and information we have is primarily based on First Nations data. You will find there is a particular reason for that, in that there is very little information on the Métis and other Aboriginal peoples.

You have heard in your discussions that there is a persistent disparity in health between Aboriginal peoples and other Canadians. There is an increasing incidence of diabetes, tuberculosis and arthritis among Aboriginal peoples. These statistics have come through clearly in the Inuit and First Nations regional health surveys and in other places as well.

There is an increasing involvement of Aboriginal people in service-planning, delivery and administration of health services. That is in the First Nations communities as well as, increasingly, urban communities where urban Aboriginal groups are getting together and saying that they need a service specific for their Aboriginal constituency. That is happening variably across the country.

Premièrement, permettez-moi de vous décrire brièvement notre organisation. Puis, je vous brosserai un tableau de la santé des Autochtones en 2001 à l'aide de certains des indicateurs figurant dans votre rapport intérimaire. Nous examinerons ensuite la politique fédérale actuelle et son incidence. Enfin, je formulerai brièvement certaines recommandations à l'intention du comité.

L'Organisation nationale sur la santé des Autochtones est une organisation indépendante chargée de recueillir des données sur la santé des Autochtones. Elle met l'accent sur l'amélioration de la santé physique, sociale, mentale et spirituelle des peuples autochtones. Par suite de consultations nationales que nous avons menées, nous avons établi nos priorités. Avant que le conseil ne soit constitué, un comité de mise en oeuvre et un comité directeur conjoint ont parcouru le pays pour déterminer quelles devraient être nos priorités. Plusieurs d'entre elles se sont dégagées de ces consultations ainsi que le fait que chaque groupe autochtone, qu'il soit Première nation, Inuit ou Métis, est unique et distinct.

La première de nos trois grandes priorités est le domaine de la recherche et de l'information sur la santé, ainsi que la collecte et la dissémination de ces informations dans un format pratique. La deuxième priorité est de déterminer comment exercer une influence sur l'élaboration des politiques et l'édification de capacités dans le domaine de la santé, plus particulièrement dans les professions de la santé. Troisièmement, nous nous intéressons à la santé et à la guérison traditionnelle au Canada; nous voulons voir comment nous communiquons les renseignements et comment intégrer au système de soins de santé canadien les points de vue et les connaissances traditionnelles des Autochtones.

Nous sommes en train de mettre sur pied trois centres. Comme je l'ai dit, nos consultations nous ont permis de constater à quel point il est important de tenir compte des besoins particuliers des Premières nations, des Métis et des Inuits. Chaque groupe a des besoins différents et particuliers. De plus, nous examinerons les fonctions centrales et déterminerons quels enjeux sont globaux, quels enjeux sont nationaux et comment aider ces centres.

En ce qui a trait à la santé des Autochtones en 2001, je dirais en guise d'introduction que les données que nous avons portent surtout sur les Premières nations. Cela s'explique par le fait qu'il y a très peu d'information sur les Métis et les peuples autochtones.

Vous avez déjà entendu dire, dans vos discussions, qu'il y a une disparité persistante en matière de santé entre les peuples autochtones et les autres Canadiens. Chez les Autochtones, le diabète, la tuberculose et l'arthrite sont plus fréquents. Ces statistiques sont ressorties clairement des sondages régionaux sur la santé des Inuits et des Premières nations et aussi d'autres études.

De plus en plus, les Autochtones contribuent à la planification des services, à la prestation et à l'administration des soins de santé. Cela se constate dans les collectivités des Premières nations, mais aussi de plus en plus dans les villes où les Autochtones se rassemblent et constatent qu'ils ont des besoins précis. Cette tendance se manifeste dans tout le pays.

There is also a trend to community-controlled health research, as in the example of the First Nations and Inuit regional health survey and the longitudinal survey. Part of that trend for community control is because of historical experience in data collection, analysis and interpretation. Communities have had bad experiences where individuals have come in to do the research, but the participation at the community level to interpret the resulting data and make it usable for that community was not necessarily there. As well, the whole process of self-government is a reason why this trend is occurring.

We took the three indicators — the life expectancy at birth in Canada, the age-standardized mortality rates for all causes for Canada, and the infant mortality rates in Canada — and looked at the information that we have on First Nations. You will see that the gap for First Nations women is about 4.8 years. For men it is 6.9 years.

We superimposed upon the graph where these figures would have occurred in the Canadian population. You can see that the First Nations life expectancy falls somewhere around the 1970 level of all Canadians. I thought that was interesting.

To put this in a broader perspective, the life expectancy of First Nations is lower than in all of the 25 countries with the longest life expectancy that has been listed in the document that I received.

Looking at the age-standardized mortality rates, for First Nations men the rate is 1.4 times higher; for First Nations women it is 1.9 times higher. You can see that the age-standardized mortality rate for women actually falls somewhere around 1958 levels, when you look at the level for all Canadians. We have provided you that information to give a bit of perspective on what this actually means in terms of this type of data.

Infant mortality is still two times higher for First Nations relative to all others. Again, you can see that we are looking at First Nations women with an infant mortality rate of 11.5, as against the Canadian average of 6. Again, the rates are similar to years in the mid-1970s.

With regard to the federal policy environment, there has been a tendency toward an Aboriginal-wide approach from the federal government in new health initiatives, these being diabetes, HIV and AIDS. There have been new health initiatives such as our organization, the Canadian Institutes of Health Research and so on. That has been the trend over the last few years.

The federal First Nations and Inuit policy direction to health transfer has had implications as well in terms of the overall environment. There are no primary care services specifically targeted to Métis and non-status populations. I heard that earlier in this room. It is an extremely important point. It is federal policy that the federal government does not provide those services.

On constate aussi une tendance vers la recherche communautaire sur la santé, comme dans le cas de l'étude régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits et l'étude longitudinale. Cela est attribuable en partie à l'expérience du passé en matière de collecte, analyse et interprétation des données. Dans le passé, des chercheurs sont allés dans les localités autochtones et n'ont pas mis la collectivité à contribution au moment d'interpréter les résultats de ces études et de les transformer en information pouvant servir à la collectivité. Cela s'inscrit aussi dans le processus global d'autonomie gouvernementale.

À partir de trois indicateurs — l'espérance de vie à la naissance au Canada, le taux comparatif de mortalité pour toutes les causes au Canada et le taux de mortalité infantile au Canada — nous avons examiné les données que nous avons sur les Premières nations. Vous constaterez que l'écart pour les femmes amérindiennes est d'environ 4,8 ans et, pour les hommes, de 6,9 ans.

Nous avons indiqué sur le graphique là où ces données se situeraient pour la population canadienne dans son ensemble. Comme vous pouvez le constater, l'espérance de vie des Premières nations est à peu près ce qu'elle était pour la moyenne des Canadiens en 1970. Cela m'a semblé intéressant.

Pour relativiser ces données, disons que l'espérance de vie des Premières nations est inférieure à celle des 25 pays ayant la plus longue espérance de vie qui figure dans le document que j'ai reçu.

En ce qui concerne le taux comparatif de mortalité, chez les hommes amérindiens, ce taux est de 1,4 fois supérieur et chez les femmes, de 1,9 fois supérieur. Comme vous le voyez, le taux comparatif de mortalité pour les femmes équivaut à celui de 1958 pour tous les Canadiens. Cela vous donne une idée de ce que nous apprend ce genre de données.

La mortalité infantile chez les Premières nations est encore le double de ce qu'elle est ailleurs. Encore une fois, vous constaterez que, chez les femmes des Premières nations, le taux de mortalité infantile est de 11,5, comparativement à une moyenne canadienne de 6. Encore une fois, ces taux sont semblables à ce qu'ils étaient au milieu des années 70 pour l'ensemble de la population canadienne.

Sur le plan de la politique fédérale, le gouvernement a tendance à adopter une approche visant tous les Autochtones dans ses nouvelles initiatives de santé, soit au chapitre du diabète, du VIH et du sida. Il y a eu de nouveaux projets tels que notre organisation, les instituts de recherche en santé du Canada, et ainsi que de suite, et ce, depuis quelques années.

La première directive fédérale sur le transfert relatif à la santé des Premières nations et des Inuits a modifié l'environnement politique dans son ensemble. Il n'y a plus de soins primaires visant en particulier les Métis et les Indiens non inscrits. On l'a déjà dit ici plus tôt. C'est un point extrêmement important. La politique fédérale veut que le gouvernement fédéral ne dispense plus ses services.

There is uneven urban focus regarding health services. Even in urban areas there are no specific services, for the most part, directed to the Aboriginal population.

Federal initiatives are underway to ensure sustainability of First Nations and Inuit health programs. The federal government recognizes self-government as an inherent right.

All of the provinces are at different levels with their involvement in providing health programming to Aboriginal people. One important area is the federal approach to direct program service to Aboriginal people in the provinces. That is an important piece of policy in that it allows Aboriginal people in urban centres to have a place to begin if the province is not ready to do anything on a more global basis. It allows a foot in the door to begin developing capacity in program development and delivery.

Regarding the non-aboriginal policy environment, we have extensive development in health research and health information. We have the CIHR and the CIHI. There is \$500 million available for the Canadian information highway, which will be extremely important, and there is an \$800 million primary care transition fund. As well, in the non-aboriginal policy environment, health reform has certainly painted a particular type of picture, as we move from hospital care to community care. That has significant effects on Aboriginal people.

What are the impacts of these policies? One impact is in the area of jurisdiction. Health services in First Nation and Inuit communities are fragmented and poorly linked as a result of these jurisdictional divisions between the federal and provincial governments. I heard that earlier today as well. Who is responsible for what? That seems to be a difficulty that has gone on for many years.

The Métis and non-status are in a jurisdictional void. They, in fact, are excluded from legislation, and this impacts on the eligibility for programs, so that piece of legislation is important.

There is significant stove-piping by federal and provincial governments. This often prevents efficient rationalization of programs. When you are trying to develop local programs that are holistic, and there are six or seven different funding bodies who all require different reporting systems, it is difficult to contend with that. There is variable provincial continuing care support in First Nations or rural communities.

Another impact on the policies is in the area of First Nation and Inuit health transfer. The transfer policy is fairly restrictive. Not all programs are eligible, and no framework exists for integration of federal and provincial services under the policy transfer process.

There is a lack of flexibility in facilitating unique approaches for mental health areas in the transfer area that recommends community strengths. Thus, there is one package, and people have to try to work with that package.

On semble vouloir mettre l'accent sur la prestation des soins de santé dans les villes, mais pas de façon uniforme. Même dans les régions urbaines, il n'y a pas de services particuliers, en général, pour la population autochtone.

Des initiatives fédérales sont en cours pour assurer la viabilité des programmes de santé pour les Premières nations et les Inuits. Le gouvernement fédéral reconnaît l'autonomie gouvernementale comme un droit inhérent.

La participation de chaque province au programme de santé pour les Autochtones varie. Le gouvernement fédéral dispense habituellement les services qui s'adressent aux Autochtones directement. C'est important, car cela permet aux Autochtones des centres urbains d'avoir accès à ces services si la province n'est pas disposée à prévoir un programme général. Cela donne un coup de pouce aux Autochtones qui veulent se donner la capacité d'élaborer et de dispenser des programmes.

Sur le plan de la politique non autochtone, il y a eu des progrès importants en matière de recherche et d'information sur la santé. Nous avons maintenant les IRSC et l'ICIS. Cinq cent millions de dollars ont été consacrés à l'autoroute de l'information du Canada, ce qui se révélera très important, ainsi que 800 millions de dollars pour le fonds de transition des soins primaires. De plus, en général, la réforme de la santé nous mène de plus en plus des soins en hôpital vers les soins communautaires. Cela a des effets importants sur les Autochtones.

Quelles sont les répercussions de ces politiques? Elles se font sentir notamment dans le domaine des compétences. Les services de santé dans les localités indiennes et inuites sont fragmentés et mal reliés en raison du partage des compétences entre les paliers fédéral et provincial. D'autres l'ont déjà dit aujourd'hui. Qui est responsable? Ce problème semble exister depuis longtemps.

Les Métis et les Indiens non inscrits ne relèvent de personne. En fait, ils sont exclus de l'application des diverses lois, ce qui a une incidence sur leur droit à des programmes. Ce projet de loi est donc important.

Les gouvernements fédéral et provinciaux s'adonnent à un cloisonnement important de leurs programmes. Cela empêche une rationalisation efficace. Lorsque vous tentez d'élaborer des programmes locaux qui sont holistiques et que six ou sept différents organismes de financement ont leurs propres exigences en matière de rapport, c'est difficile. Le soutien aux soins prolongés dans les localités indiennes ou rurales varie d'une province à l'autre.

Les politiques ont aussi une incidence sur le transfert relatif à la santé des Premières nations et des Inuits. La politique à cet égard est assez restrictive. Tous les programmes ne sont pas admissibles et il n'existe aucun cadre permettant l'intégration des services fédéraux et provinciaux aux fins du transfert.

La marge de manoeuvre n'est pas suffisante pour permettre une approche unique en matière de santé mentale là où on recommande des services communautaires. Par conséquent, il n'y a qu'un programme et on doit faire en sorte de s'en contenter.

There is also no research. To me this is an important area. There is no research that has been done to date, although it may come up in the future, but on the relationship of self-determination and health status. There certainly is international research on the area of locus of control and how that affects the health status of people over the long term, in terms of morbidity and mortality. That is an area that is affected by current policies that do not have that research available.

There are policy gaps. Federal policies may not exist in the critical areas – for example, mental health and other areas where certain health insurance coverage is not available. Mandates of health and social agencies may be unclear because of jurisdictional issues. In some provinces, we have new child and family services legislation that will change the whole scope of the environment in these areas.

In respect of program funding, eligibility of health organizations for funding may be counterproductive to the delivery of holistic care. Again, that is trying to manage several governments and multiple departments within governments. For example, for HIV and AIDS, it is policy that funding can be used for education pieces, but not necessarily for direct delivery of the pieces. Again, that is one of the barriers.

A lack of program funding increases can also result in the loss of capacity. There are examples of development of unique capacities in holistic approaches, but the lack of increase in federal funds, such as Head Start and the children's programs over six or seven years, really forces program cuts or loss of staff. Staff who have been trained and have become experts in development and delivery of culturally appropriate programs, tend to have little choice but to go to provincial or federal programs that pay higher salaries. There are restrictions in that.

Another effect is created by health reform. Early hospital discharge creates significant stress on limited continuing care resources in communities. There is poor urban access to health services. There might be a tendency to think that there would be good access, but, in fact, there is not. Much of that reduced access to health services is because of poverty. People require money to buy a bus ticket so that they can go to the health service. Also, there is a cultural inappropriateness of many of the services. Insufficient resources for capacity development exist in urban, rural and First Nation centres.

What needs to be done? We have four points to which we want to speak. First, we need permissive policies and investment in capacity guidelines to develop an integrated health system model, encompassing federal and provincial services. This is for First Nation, urban and rural communities.

Il n'y a pas de recherche non plus, et cela m'apparaît important. Aucune étude n'a encore été faite, bien qu'il y en aura peut-être à l'avenir, sur le lien entre l'autodétermination et la santé. Des études internationales ont été faites sur la source de contrôle et ses effets sur la santé à long terme, sur le plan de la morbidité et de la mortalité. Voilà un domaine qui est touché par les politiques actuelles et sur lequel nous n'avons pas de résultat de recherche.

Par ailleurs, les politiques sont lacunaires. Dans certains domaines critiques, par exemple, la santé mentale et d'autres domaines non couverts par l'assurance-santé, aucune politique fédérale n'existe. Les mandats des organismes sociaux et de santé ne sont pas toujours clairs en raison de problèmes de partage des compétences. Dans certaines provinces, de nouvelles lois sur les services aux enfants et aux familles modifieront grandement l'environnement politique.

En ce qui a trait au financement des programmes, l'admissibilité des organisations de santé au financement peut aller à l'encontre d'une prestation de soins holistiques. Encore une fois, il faut composer avec plusieurs gouvernements et de nombreux ministères. Ainsi, au chapitre du VIH et du sida, les fonds en principe servent à la sensibilisation, mais pas à la prestation directe de services. C'est un obstacle de taille.

De plus, comme les fonds consacrés aux programmes n'augmentent pas, on risque de perdre une partie de sa capacité. On a pu édifier des capacités uniques dans le domaine des approches holistiques, par exemple, mais comme les fonds fédéraux consacrés à des programmes tels que le programme Bon départ ou les programmes pour enfants n'ont pas augmenté depuis six ou sept ans, des compressions budgétaires et des suppressions d'emplois ont été nécessaires. Des personnes qui avaient été formées et étaient devenues expertes dans l'élaboration et la prestation de programmes adaptés à la culture autochtone n'ont pratiquement d'autre choix que de travailler dans le cadre de programmes provinciaux ou fédéraux où les salaires sont plus élevés. Voilà un autre obstacle.

La réforme de la santé a aussi des répercussions. Le congé prématuré de l'hôpital entraîne un stress considérable pour les ressources communautaires limitées en matière de soins prolongés. Dans les villes, l'accès aux soins de santé est médiocre. On a tendance à croire qu'il serait bon, mais tel n'est pas le cas. Dans la plupart des cas, c'est attribuable à la pauvreté. Il faut de l'argent pour acheter un billet d'autobus pour se rendre là où on pourra avoir des soins de santé. De plus, bon nombre de ces services ne sont pas adaptés à la culture autochtone. Dans les centres urbains, dans les localités rurales et dans les collectivités des Premières nations, on ne dispose pas de ressources suffisantes pour se doter de capacités à ce chapitre.

Que faut-il faire? À ce sujet, nous avons quatre recommandations à faire. Premièrement, il faut des politiques facultatives et des investissements dans l'élaboration de lignes directrices pour la création d'un modèle intégré pour la santé, modèle qui comprendrait les services fédéraux et provinciaux. Cela vaut pour les Premières nations, les communautés rurales et urbaines.

Second, we need to develop mechanisms to collect and analyze Métis, off-reserve and urban Aboriginal health status baseline information. It is difficult to try to develop, rationalize and make a case for services when there really are no data. Canada-wide surveys often do not have sufficient Aboriginal population samples to prepare meaningful analyses. We have seen that happen a number of times. One survey — the First Nation Longitudinal Health Survey — may help this out to some extent.

The third recommendation is a need for a removal of barriers that prevent Aboriginal organizations from fully accessing information collected by Statistics Canada. One of the primary requirements for self-determination is the capacity to collect, analyze and use information. When there is less-than-adequate access to information, it makes it extremely difficult for First Nation, Métis or Inuit specific needs to be addressed.

The fourth point is that we need federal government leadership in dealing collaboratively with provincial and territorial governments to overcome the jurisdictional barriers that exist. You have probably heard that over and over again, but it is an important issue.

That is the summation of our presentation, unless Mr. Jock would like to add several comments.

The Chairman: In consideration of the time, I would like to proceed with our next witness, Dr. Jeff Reading.

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health, Canadian Institutes of Health Research: I will talk about a few areas and then conclude with an update from the CIHR on Aboriginal people's health to impart a message about how strategically important this is in terms of improving the health of Aboriginal peoples and the influence on the health of other Canadians.

First, I would like to talk about the determinants of health. In listening to the various speakers today, it was quite evident that poverty and lack of opportunity were significant factors in poor health status. That fact is widely recognized in mainstream society, as well as in native communities. It is clear that healthy public policy in a broad spectrum needs to be implemented to improve the health and well-being. The provision of health services is only one determinant of health. There are many others.

We also talked about the regional health survey, in which I helped to develop. Surveys themselves are not that interesting, they are only questionnaires that collect data about people. However, this one was interesting in that it was the first time that nine political organizations in Aboriginal communities representing a national picture of health got together and undertook a survey in 183 communities involving some 10,000 participants. That level of cooperation in indigenous peoples has never been seen in a national research survey.

Undertaking research can be a significant determinant of health in its own right. It is a determinant of health because people are able to take control over factors affecting their lives. The context of native communities has been one where people outside the

Deuxièmement, il faut concevoir des méthodes de collecte et d'analyse des données de base sur la santé des Métis, des Indiens hors réserve et des Autochtones vivant en milieu urbain. Il est difficile de tenter de concevoir, de rationaliser et de justifier des services sans données. Les études pancanadiennes ne comportent pas d'échantillons autochtones suffisants pour permettre des analyses utiles. Cela s'est produit à maintes reprises. Une seule étude, l'étude longitudinale sur la santé des Premières nations, peut nous aider dans une certaine mesure.

Troisièmement, il faut supprimer les obstacles qui empêchent les organisations autochtones d'obtenir des informations de Statistique Canada. Un des fondements de l'autodétermination est la capacité de recueillir, d'analyser et d'utiliser des données. Quand l'accès à l'information est insuffisant, il devient extrêmement difficile de répondre aux besoins particuliers des Premières nations, des Métis ou des Inuits.

Quatrièmement, le gouvernement fédéral doit ouvrir la voie à la collaboration avec les provinces et les territoires en vue de régler les problèmes de compétence. Cela vous a été dit à maintes reprises, mais c'est important.

Cela résume notre exposé, à moins que M. Jock veuille ajouter quelque chose.

Le président: Puisque nous disposons de peu de temps, j'aimerais céder la parole dès maintenant au Dr. Jeff Reading.

Dr. Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones, Instituts de recherche en santé du Canada: J'aborderai plusieurs questions avant de conclure en faisant le point sur la santé des Autochtones afin que vous compreniez l'importance stratégique de l'amélioration de la santé des peuples autochtones et son influence sur la santé des autres Canadiens.

D'abord, j'aimerais vous parler des déterminants de la santé. J'ai écouté les témoins précédents et il est vite devenu évident que la pauvreté et l'absence de perspectives étaient des facteurs contribuant de façon significative à la mauvaise santé. Ce fait est généralement reconnu par la société, ainsi que dans les collectivités autochtones. Il faut donc de bonnes politiques pour améliorer la santé et le bien-être de tous. La prestation des soins de santé n'est qu'un déterminant de la santé. Il y en a bien d'autres.

Vous avez aussi entendu parler de l'étude régionale sur la santé à laquelle j'ai participé. Les sondages ne sont pas en eux-mêmes très intéressants; ce ne sont que des questionnaires permettant de recueillir des données sur les gens. Toutefois, celui-ci était intéressant en ce sens que c'était la première fois que neuf organisations politiques autochtones, représentatives des divers secteurs de la santé au pays, se sont unis pour mener ce sondage dans 183 collectivités représentant quelque 10 000 participants. Un tel niveau de coordination des peuples autochtones n'avait jamais été vu dans le cadre d'une étude nationale.

Entreprendre des recherches peut constituer un déterminant de la santé en soi. C'est un déterminant de la santé, parce qu'il permet aux gens de maîtriser les facteurs qui touchent leur vie. Pendant longtemps, ce sont des gens de l'extérieur qui ont assumé

community have managed control for a great period of time. Now people have the opportunity to seize control and to start interpreting data about themselves.

When people participate in the creation and understanding of knowledge about themselves, they take greater ownership of their health problems and, in so doing, become active in terms of solving those problems. Research is the first step in terms of the drive toward self-determination and improved health status.

Listening to the other people in the panel talking about how important it was for First Nations and other Aboriginal groups to undertake their own survey research is a positive indication that they feel strongly about this. They want to take control over how the outside world views them through the results that they publish, not only in media reports but also in research journals.

Another advantage to that research is the capacity building upon which I will touch later.

I would like to move on to another important area, which is primary care. I know other speakers have been articulate in their promotion of primary care as an important community-based intervention that would improve health care of Canadians in general.

I circulated to you a recent study that was published in the *New England Journal of Medicine* on May 3, 2001. It is volume 344, number 18. It reports on the Finnish diabetes prevention study. In this study, they found patients with impaired glucose tolerance, which is a pre-diabetic condition where people have higher blood circulating levels of sugar. In this study, they divided a group of 500 patients into a control and an intervention group. The intervention group received individualized counselling aimed at reducing weight, total intake of saturated fat and fibre, and increased physical activity. Some astounding results were shown.

The results of the study showed that the cumulative incidence of diabetes after four years was 11 per cent in the intervention group, but more than double — 23 per cent — in the control group. That is a significant difference. The risk of diabetes was reduced by 58 per cent in the intervention group.

A disease such as Type II diabetes has high rates of morbidity and mortality, associated with it. It is a strong predictor of lower limb amputation, blindness, renal failure, and heart disease. If you take the high-risk group and do an intervention at the community level, you could solve significant problems for the patients and also for the health care system. There is some good evidence that I think is pointing in the right direction.

More than half the population in many native communities — people over age 50 years — suffer from Type II diabetes. As well, it is poorly controlled. This is major epidemic and a major problem. The question, from a research perspective, is whether this type of intervention could be implemented in a native community. Could primary prevention be implemented at the high-risk level before it turns into Type II diabetes?

le contrôle dans les localités autochtones. Avec cette étude, les Autochtones avaient l'occasion de prendre le contrôle et d'interpréter des données sur eux-mêmes.

Quand les gens participent à la création et à la compréhension de connaissances sur eux-mêmes, ils assument leurs propres problèmes de santé et, ce faisant, participent activement à la recherche de solutions. La recherche est la première étape vers l'autodétermination et l'amélioration de la santé.

Les autres témoins vous ont dit comme il avait été important que ce soient les Premières nations et les autres groupes autochtones qui mènent leurs propres études; c'est une indication positive de leur conviction à ce sujet. Ils veulent assumer le contrôle de l'image qu'ils projettent aux autres par le biais des résultats qui sont publiés non seulement dans les médias mais aussi dans les publications de recherche.

Cette recherche a aussi eu l'avantage de contribuer à la création de capacité, un sujet auquel je reviendrai un peu plus tard.

J'aimerais vous toucher quelques mots d'une autre question importante, les soins primaires. Je sais que d'autres intervenants ont fait avec éloquence la promotion des soins primaires comme intervention communautaire importante qui permettrait d'améliorer la santé des Canadiens en général.

Je vous ai distribué une étude récente publiée dans le *New England Journal of Medicine* du 3 mai 2001, volume 344, numéro 18. Il s'agit d'un rapport sur une étude de prévention du diabète chez les Finlandais. On s'est penché plus particulièrement sur les patients qui souffraient d'intolérance au glucose, laquelle est associée au pré-diabète et se traduit par une glycémie élevée. Dans cette étude, on a divisé un groupe de 500 patients en groupe de contrôle et groupe d'intervention. Le groupe d'intervention a reçu des séances individualisées de counselling visant à réduire le poids, la consommation totale de gras saturé et de fibres et une augmentation de l'activité physique. Les résultats ont été stupéfiants.

L'incidence cumulative du diabète après quatre ans était de 11 p. 100 au sein du groupe d'intervention, mais le double, 23 p. 100, dans le groupe de contrôle. C'est une différence considérable. Le risque de diabète a été réduit de 58 p. 100 au sein du groupe d'intervention.

Le diabète de type II est associé à des taux élevés de morbidité et de mortalité. Il peut mener à l'amputation des membres inférieurs, à la cécité, à l'insuffisance rénale et aux maladies coronariennes. Si vous intervenez au niveau communautaire auprès du groupe à risque élevé, vous pouvez régler de nombreux problèmes chez ces patients et pour le système de soins de santé. Ce genre d'études nous orientent vers la bonne direction.

Plus de la moitié de la population dans bien des localités autochtones — les plus de 50 ans — souffrent de diabète de type II. De plus, ce diabète est mal contrôlé. C'est une épidémie et un problème d'importance. Du point de vue de la recherche, la question est de savoir si ce genre d'intervention pourrait se faire dans une collectivité autochtone. Une intervention primaire pourrait-elle être faite auprès des groupes à risque avant que l'intolérance au glucose se transforme en diabète de type II?

I cite this example for two reasons. First, primary care is extremely important working at the community level in terms of making it more sensitive to community needs. Second, relevant research to patient groups can be used to track the health care systems and problems affecting all Canadians, including native people. This is extremely important.

Another area is one that is close to my heart. It is the Institute for Aboriginal People's Health, of which I am the scientific director of the Canadian Institutes for Health Research. We will soon have our sixth meeting of the scientific directors and we are starting to gel as a good group of scientists. We are looking at strategic plans and strategic initiatives. We will be focussing in the native community on building capacity in research intensive environments.

We want to have native-friendly environments within research centres of excellence — most probably at universities — when we build the next cadre of Aboriginal students to undertake research in this area. It is important because there are context issues around indigenous health world-wide where Canada can play an important role.

We will be publishing shortly a number of strategic initiatives where we will be doing requests for proposals. We will be asking the research community to partner with the native community to co-sponsor and work in partnership to develop a research enterprise and help to inform on improvements in health care.

The University of British Columbia published a book by Bob Evans entitled: *Why are some Communities Healthy and Others Not?* I pose the question from a research perspective in native communities: Why are some Aboriginal communities healthy and others not?

There is a lot of diversity in native communities. Some have some very significant challenges, but there are many that are very healthy. We must find out what differentiates one community from another. We must find a way to look at best practices in various communities, to share that with the native community and then, in turn, to share that with the indigenous community world-wide.

We have many challenges in the health research area and the development of a health care system but we are encouraged by some of the positive changes. We have a strong partnership with NAHO. Both Mr. Jock and Dr. Bartlett are on the advisory board for the Institute for Aboriginal People's Health. We have good integration, and we will be working together to harmonize our approach to research and policy development as it affects the evolving health care system.

The Chairman: Thank you for your last comment, which was going to be my first question.

Let me ask Dr. Reading and Dr. Bartlett a question, and then I will turn to Senator Morin.

Je vous donne cet exemple pour deux raisons. Premièrement, les soins primaires sont extrêmement importants au niveau communautaire, car ils permettent une meilleure adaptation des soins aux besoins de la collectivité. Deuxièmement, les études pertinentes aux groupes de patients peuvent servir à recenser les problèmes de santé qui touchent tous les Canadiens, y compris les Autochtones. C'est extrêmement important.

Un autre sujet me tient beaucoup à coeur: c'est l'Institut de la santé des Autochtones, dont je suis le directeur scientifique représentant les Instituts de recherche en santé du Canada. Nous tiendrons sous peu la sixième réunion des directeurs scientifiques et notre groupe est de plus en plus cohérent. Nous examinons des plans et des initiatives stratégiques. Nous mettrons l'accent sur la création de capacité en recherche dans les collectivités autochtones.

Nous voulons créer un milieu accueillant pour les Autochtones dans les centres de recherche et d'excellence — probablement dans des universités — quand nous choisirons le prochain groupe d'étudiants autochtones qui entreprendront des recherches dans ce domaine. C'est important, car la santé des indigènes a un contexte mondial et, à cet égard, le Canada peut jouer un rôle de taille.

Nous publierons bientôt des initiatives stratégiques dans le cadre desquelles nous demanderons des propositions. Nous demanderons aux chercheurs d'établir des partenariats avec les Autochtones en vue de mettre sur pied une entreprise de recherche et de contribuer à l'information sur les améliorations aux soins de santé.

L'Université de la Colombie-Britannique a publié un livre de Bob Evans intitulé *Why are some Communities Healthy and Others Not?* Je formule la question du point de vue de la recherche sur les collectivités autochtones: pourquoi des collectivités autochtones sont-elles en bonne santé et d'autres, non?

Les collectivités autochtones sont très diverses. Certaines font face à de grands défis, mais bon nombre sont en bonne santé. Nous devons découvrir ce qui les différencie. Nous devons trouver les pratiques exemplaires, en faire part aux Autochtones et, ensuite, transmettre à la communauté indigène du monde entier le fruit de notre expérience.

Nous avons de nombreux défis dans le domaine de la recherche en santé et la mise sur pied d'un régime de soins de santé, mais nous sommes encouragés par certains changements positifs. Nous avons un solide partenariat avec NAHO. M. Jock et la Dre Bartlett siègent tous les deux au Conseil consultatif de l'Institut de la santé des Autochtones. Nous avons une bonne intégration et nous allons travailler ensemble pour harmoniser nos approches face à la recherche et à l'élaboration des politiques en ce qui a trait à l'évolution du système de soins de santé.

Le président: Je vous remercie pour votre dernière observation, puisque c'était la première question que je voulais poser.

Je vais donc poser une question au Dr Reading et à la Dre Bartlett, après quoi je céderai la parole au sénateur Morin.

Dr. Reading, your institute is almost the newest of the research institutes under CIHR, is that right?

Dr. Reading: As you know, the last time I came before this committee I was talking about integrating Aboriginal health research into the CIHR, Bill C-13. We were all created at the same time. CIHR has come up to its one year anniversary.

The Chairman: Do you have a list of the major research projects that either are now underway or, in your best forecast, are likely to be underway? I would like to get some feel for the topic.

Dr. Reading: We could send that to you. I am happy to report that of the 13 institutes, we have been quite proactive. We have a very detailed strategic plan with strategic research initiatives that has gone through its third level of review. We will be moving forward quickly. We are hoping in the month of June.

Our plan will include a flagship initiative that we are calling the "ACADRE" program — Aboriginal Capacity and Developmental Research Environments. It is the area to which I spoke earlier of creating this native-friendly environment in research intensive institutions. It is important to build the next cadre of scientists and researchers; it is also important for the research institution to have an opportunity to have an entry point to native communities.

For example, someone working in molecular genetics, who may be interested in studying diabetes in the native community, could approach a unit that works with the native community on an ongoing basis. It would make it a lot easier for them to develop their work with that community.

You heard earlier today that people say native people are tired of being researched; they have been researched to death. We need to make that relationship between the native community and the research community more transparent, more seamless and easier for each to work with each other because they have mutual interests in improving health. That is very important.

We will have six or seven strategic initiatives that look at important emergent areas of health care research. My institute advisory board has helped advise me on these areas.

The Chairman: Dr. Bartlett, in your four recommendations of what needs to be done, I wonder if you could send me some more details.

For instance, you say that barriers should be removed that prevent Aboriginal organizations from fully accessing information collected by Statistics Canada. I do not know what those barriers are, therefore, it would be difficult for us to make a recommendation to deal with the problem unless you define it for us more precisely.

Docteur Reading, votre institution est à peu près le plus récent des instituts de recherche en santé du Canada, n'est-ce pas?

Dr Reading: Comme vous le savez, la dernière fois que j'ai comparu devant le comité, je traitais du projet de loi C-13 visant à intégrer la recherche sur la santé autochtone dans les IRSC. Nous avons tous été créés en même temps. L'IRSC vient de fêter son premier anniversaire.

Le président: Avez-vous une liste des principaux projets de recherche qui sont actuellement en cours ou qui, d'après vos prévisions éclairées, seront probablement mis en chantier? Je voudrais avoir une idée du domaine.

Dr Reading: Nous pourrions vous faire parvenir cette liste. Je suis heureux de signaler que sur les 13 instituts, nous avons été très proactifs. Nous avons un plan stratégique très détaillé prévoyant des initiatives de recherche stratégique, et ce plan vient de subir un examen au troisième niveau. Nous allons lancer nos travaux très bientôt, nous espérons le faire au mois de juin.

Notre plan comprendra une initiative marquante que nous appelons le programme «ACADRE», sigle anglais qui veut dire Environnement favorable à la recherche et au développement de la capacité autochtone. C'est le domaine dont je parlais tout à l'heure. Il s'agit de créer un climat accueillant pour les Autochtones dans des établissements qui font beaucoup de recherche. Il est important de former la prochaine génération de scientifiques et de chercheurs, et il est également important pour l'établissement de recherche d'avoir l'occasion d'établir le contact avec les collectivités autochtones.

Par exemple, un chercheur qui travaille en génétique moléculaire et qui pourrait être intéressé à étudier le diabète dans les collectivités autochtones pourrait communiquer avec une unité qui travaille en permanence avec des Autochtones. Cela leur faciliterait beaucoup la tâche pour ce qui est de travailler avec cette collectivité pour mener à bien leurs recherches.

On vous a dit aujourd'hui que les Autochtones en ont ras le bol de faire l'objet de recherches; ils ont fait l'objet d'études innombrables. Il faut que les relations entre la communauté autochtone et la communauté des chercheurs deviennent plus transparentes, plus harmonieuses, et qu'il soit plus facile pour chacun de travailler avec l'autre, parce qu'ils ont un intérêt commun, à savoir l'amélioration de la santé. C'est très important.

Nous aurons six ou sept initiatives stratégiques qui permettront d'examiner d'importants domaines émergents de la recherche en santé. Mon conseil consultatif m'a aidé à cerner tout cela.

Le président: Docteure Bartlett, vous avez présenter quatre recommandations quant à ce qu'il faut faire et je me demande si vous pourriez me faire parvenir de plus amples détails.

Par exemple, vous dites qu'il faut aplanir les obstacles qui empêchent les organisations autochtones d'avoir pleinement accès aux renseignements recueillis par Statistique Canada. J'ignore quels sont ces obstacles et il me serait donc difficile de faire une recommandation pour s'attaquer à ce problème, à moins que vous nous en donniez une définition plus précise.

Your second recommendation, development of mechanisms to collect and analyze Métis off-reserve and urban Aboriginal health status information. It would help if you could put a bit of flesh on that. Remember that we do not have the data. The data is in large measure owned by individuals, or alternatively provincial health departments or health organizations own it. What, specifically, could the federal government do to help?

I do not need it tonight, but I would like it in the next several weeks.

I have another question for both of you in light of the discussion we had earlier with Mr. Clark. Are there data that compare the health status of urban off-reserve Aboriginals with the urban poor? It would be interesting to see whether the urban Aboriginal problem is in fact different from the urban poor program, or whether it is merely part of the urban poor problem.

Senator Morin: How does a reserve compare to a small isolated community of the same economic development? There are health problems in both; we know that. You may not have the answer yet, but you are comparing healthy communities with sick communities. That is very good.

I do not know if you were present when I brought this up with Mr. Potter. How important is the cultural element here? Is it strictly economic and educational, or is there an additional determinative for health, which may well exist? It could be cultural deprivation, which exists. There is no doubt about that.

I am addressing this to Dr. Reading because I know that he was talking about comparison in communities in your research projects.

Dr. Reading: It is a complex problem. I could not stand here and answer the question with a yes or no answer. Health occurs in a context, and the context involves socio-economic status. It involves historical relationships. It involves a number of other factors that we call culture. In Canada, we have looked at native communities through a lens from the outside. We have not looked from the inside of the community. Therefore, we know almost nothing about those cultural factors that might improve health for native people.

The question you are asking is whether this is a general issue about poverty, or is there something specific to native culture that makes them unhealthy?

I would say that —

Senator Morin: I am referring to cultural deprivation. Perhaps they would lack certain aspects of the Aboriginal culture that would have been taken away from them through colonization and so forth?

Votre deuxième recommandation concerne l'élaboration de mécanismes visant à recueillir et à analyser des renseignements sur l'état de santé des Métis hors réserve et des Autochtones urbains. Cela aiderait si vous pouviez étoffer cela un peu. Rappelez-vous que nous n'avons pas les données. Les données sont essentiellement entre les mains des particuliers ou bien des ministères de la Santé des provinces ou des organisations de la santé. Qu'est-ce que le gouvernement fédéral pourrait faire, plus précisément, pour être utile?

Je n'ai pas besoin de cela ce soir, mais j'aimerais le recevoir au cours des prochaines semaines.

J'ai une autre question qui s'adresse à vous deux et qui découle de la discussion que nous avons eue tout à l'heure avec M. Clark. Y a-t-il des données permettant de comparer l'état de santé des Autochtones urbains hors réserve et celui des pauvres en milieu urbain? Il serait intéressant de savoir si le problème des Autochtones urbains est en fait différent de celui de l'ensemble des pauvres en milieu urbain ou bien si c'est seulement une manifestation du problème de la pauvreté en milieu urbain.

Le sénateur Morin: Comment une réserve se compare-t-elle à une petite localité isolée qui a le même niveau de développement économique? Il y a des problèmes de santé dans les deux; nous le savons. Vous n'avez peut-être pas encore la réponse à cette question, mais vous comparez des communautés en santé à des communautés malades. C'est très bien.

J'ignore si vous étiez présents quand j'ai abordé cette question avec M. Potter. Quelle est l'importance de l'élément culturel? Les facteurs en cause sont-ils strictement liés à l'économie et au niveau de scolarité, ou bien y a-t-il un autre déterminant de la santé? Il est bien possible qu'il y en ait un. Ce pourrait être l'aliénation culturelle, qui existe bel et bien, il n'y a aucun doute là-dessus.

Je pose la question au Dr Reading parce que je sais qu'il a parlé de comparaison entre les collectivités dans le cadre de vos projets de recherche.

Dr Reading: C'est un problème complexe. Je ne pourrais pas répondre catégoriquement à cette question par un oui ou un non. La santé s'insère dans un contexte, lequel met en cause le niveau socio-économique. Le contexte comprend aussi l'évolution historique, ainsi qu'un certain nombre d'autres facteurs que nous appelons la culture. Au Canada, nous avons examiné les communautés autochtones en observateurs extérieurs, à travers une lentille. Nous ne les avons pas examinées depuis l'intérieur. Par conséquent, nous ne savons presque rien des facteurs culturels qui pourraient améliorer la santé des Autochtones.

La question que vous posez est de savoir s'il s'agit d'un problème général de pauvreté, ou bien s'il y a dans la culture autochtone un élément spécifique qui fait que les Autochtones ne sont pas en santé?

Je dirais que...

Le sénateur Morin: Je veux parler de l'aliénation culturelle. Peut-être leur manque-t-il certains aspects de la culture autochtone qui leur ont été enlevés par la colonisation, et cetera?

Dr. Reading: People have been writing on this topic. Rapid social and cultural change is associated with the economic and epidemiological transition. This transition is characterized by a number of the things that we see in native communities. We are really in a transition into an epidemic of chronic diseases. One must look at the rapid changes within the culture.

People have shown that the only way for people's health to improve at this stage is to return to aspects of culture that make them healthy, things that allow them to be healthy. That is something again that we know very little about.

I will take an example, because I think it is hard to talk around a topic. Look at the rate of tobacco use in native communities. We see a rate of tobacco use among those aged 20 to 24 years of about 72 per cent according that survey we undertook. That is higher than any rate that was ever reported in any community in Canada, ever.

The Chairman: By several multiples.

Dr. Reading: In the 1950s, we had a rate of about 52 per cent. That was before smoking was acknowledged to be a health problem. That rate is currently down to about 27 per cent.

There may be something about the non-traditional use of tobacco versus the traditional use. Tobacco is seen culturally as a gift from the creator, something that is used to allow direct communication between the person and the spirit world. One does not know really whether these aspects of culture are informing on the epidemic of recreational use tobacco among native people. We do not know the answers to those questions.

One could start to ask all kinds of questions about different aspects of native health. One could look at the impact of the transition from traditional foods to store-bought foods, moving towards a welfare-based economy, and not having access to the kinds of nutritious foods that one needs to sustain a healthy diet.

The Finnish study shows us the results that can be achieved. Food is an important part of culture. We always associate pasta with Italians and Chinese food with Chinese. Native people also have their traditions around food. Many times, those traditions and foods have been taken away because of the way in which the government has put native people into circumstances where the traditional foods could not be harvested, or they do not have the resources to undertake the lifestyle that they once had.

Such changes have an impact on a person's lifestyle and health. We currently have a major epidemic in diabetes in northern native communities, primarily because of the rapid transition from a food hunter-gatherer society into a society where one buys store-bought foods without enough selection or resources to get the kinds of

Dr Reading: Des écrits ont été publiés sur cette question. Un changement social et culturel rapide est associé à une transition économique et épidémiologique. Cette transition est caractérisée par un certain nombre d'éléments dont nous constatons la présence dans les communautés autochtones. Nous sommes vraiment dans une période de transition vers une épidémie de maladies chroniques. Il faut examiner les changements rapides qui se produisent dans cette culture.

Il a été démontré que la seule manière d'améliorer la santé des gens à cette étape est de revenir aux éléments culturels qui leur permettent d'être en santé. Il est certain que c'est un domaine que nous connaissons très mal.

Je vais donner un exemple parce que je crois qu'il est difficile d'en discuter dans l'abstrait. Voyez le taux de tabagisme dans les communautés autochtones. D'après une enquête que nous avons effectuée, le taux de tabagisme parmi les personnes de 20 à 24 ans est d'environ 72 p. 100. C'est plus élevé que n'importe quel taux qui ait jamais été recensé dans une collectivité quelconque au Canada.

Le président: Beaucoup plus élevé.

Dr Reading: Dans les années 50, nous avions un taux d'environ 52 p. 100. C'était avant que l'on prenne conscience que le tabagisme était un problème de santé. Actuellement, ce taux a baissé à environ 27 p. 100.

Il y a peut-être une différence entre l'usage non traditionnel du tabac et l'usage traditionnel. Le tabac est perçu dans leur culture comme un don du créateur, il permet d'établir un lien de communication directe entre la personne et le monde des esprits. On ne sait pas vraiment si ces aspects culturels contribuent à l'épidémie d'utilisation du tabac à des fins de loisirs parmi les Autochtones. Nous ne connaissons pas la réponse à ces questions.

On pourrait commencer à poser une foule de questions sur divers aspects de la santé autochtone. On pourrait se pencher sur l'impact de la transition entre la nourriture ancestrale et les aliments achetés au magasin, l'établissement graduel d'une économie fondée sur l'assistance sociale et le fait de ne plus avoir accès aux aliments nutritifs qu'il faut pour un régime alimentaire équilibré.

Une étude effectuée en Finlande montre les résultats que l'on peut atteindre. La nourriture est un élément important de la culture. Nous associons toujours les pâtes aux Italiens et les mets chinois aux Chinois. Les Autochtones ont également leurs traditions alimentaires. Bien souvent, ces traditions et ces aliments leur ont été enlevés parce que le gouvernement a obligé les Autochtones à vivre dans des milieux où il était impossible de se procurer les aliments traditionnels, ou bien ils n'ont pas les ressources voulues pour adopter le mode de vie qui a déjà été le leur.

Ces changements ont des répercussions sur le mode de vie et la santé d'une personne. Nous avons actuellement une grave épidémie de diabète dans les localités autochtones du Nord, surtout à cause de la transition rapide entre une société de chasseurs-cueilleurs à une société où l'on achète les aliments au

foods that are needed. With a lack of physical activity, obesity and diabetes develop.

You could review all the indicators and make a strong case that there is a cultural basis for many of the health status concerns in native communities. The urban environment is a bit more complicated. Perhaps Dr. Bartlett might wish to speak to that.

Dr. Bartlett: I have wanted to address that particular question on comparisons against the urban environment. I am only aware of one study that was done in Winnipeg a number of years ago. I do not have the details of that study, but they could be made available. I believe that the study report is on a Web site.

The Chairman: Can you tell us what it said?

Dr. Bartlett: Certainly there were differences between First Nation and other groups in Winnipeg. There was a difference between the health status of First Nations, who lived in the suburbs as well, compared to other Winnipeg residents. There are differences, but it was only one small study. That is the point we are trying to make — there is not any information to determine the health status of urban Aboriginal people.

The Chairman: When you say “differences,” I understand you to mean “worse.”

Dr. Bartlett: Yes that is correct.

Senator Morin: Even though all other conditions are equal — economic development, medications, et cetera — they have worse health indicators, while other conditions remain constant. Is that right?

Dr. Bartlett: I do not think that information is available. There is very little information available on Métis or urban populations. Often, people take First Nations data, extrapolate the information and make assumptions that that information is valid for all groups. Certainly, in a study that was done recently in Winnipeg where they looked at the needs of Aboriginal elders, it was clear from some of the analyzed data that, for instance, the Métis health status showed much more chronic disease than the First Nation study showed. Again, that is one small study. We need more extensive work to determine exactly the health status and the differences.

The Chairman: I would like to ask both of you a question that you may want to think about and send us your responses. We recognize that our objectives and yours are somewhat different: You are interested in research and we are interested in giving the government advice on specific public policy objectives. Are there specific pieces of information that could be obtained through research that would be most helpful to government when it is deciding about returning to the \$1.3 billion, or eventually to the \$2 billion that is being spent on Aboriginal health care?

magasin sans avoir l'éventail de choix ou les ressources voulues pour se procurer les aliments dont on a besoin. Si l'on y ajoute le manque d'activité physique, il en résulte l'obésité et le diabète.

On pourrait passer en revue tous les indicateurs et établir un argument solide pour affirmer que beaucoup de problèmes de santé des communautés autochtones ont une base culturelle. L'environnement urbain est un peu plus compliqué. Peut-être que la Dre Bartlett voudrait nous en dire un mot.

Dre Bartlett: Je voulais aborder cette question particulière de la comparaison avec l'environnement urbain. À ma connaissance, une seule étude a été faite à Winnipeg il y a un certain nombre d'années. Je n'en connais pas les détails, mais il est possible de les obtenir. Je crois que le rapport de l'étude est affiché sur un site Web.

Le président: Pouvez-vous nous dire ce qu'il renferme?

Dre Bartlett: Il est certain qu'il y avait des différences entre les Premières nations et les autres groupes à Winnipeg. Il y avait une différence entre l'état de santé des Premières nations, qui habitaient également en banlieue, et l'état de santé des autres citoyens de Winnipeg. Il y a des différences, mais ce n'est qu'une petite étude restreinte. C'est justement ce que nous essayons de dire: nous n'avons pas suffisamment d'information pour déterminer l'état de santé des Autochtones en milieu urbain.

Le président: Quand vous dites «différences», j'en déduis que vous voulez dire que leur situation est «pire».

Dre Bartlett: Oui, c'est bien cela.

Le sénateur Morin: Toutes choses étant égales par ailleurs — développement économique, médicaments, et cetera —, leurs indicateurs de la santé sont moins bons, alors que les autres conditions demeurent constantes. C'est bien cela?

Dre Bartlett: Je ne pense pas que cette information soit disponible. Nous avons très peu d'information sur les Métis ou les populations urbaines. Souvent, les gens prennent des données des Premières nations, en extrapolent des renseignements et posent l'hypothèse que ces renseignements sont valables pour tous les groupes. Chose certaine, dans une étude qui a été faite récemment à Winnipeg, on s'est penché sur les besoins des aînés autochtones et il en est ressorti clairement après analyse des données que, par exemple, les Métis souffraient de beaucoup plus de maladies chroniques que les Premières nations. Je répète qu'il s'agit d'une seule étude restreinte. Nous devons faire des travaux plus fouillés pour déterminer exactement l'état de santé et les différences.

Le président: Je voudrais vous poser à tous les deux une question à laquelle vous voudrez peut-être réfléchir pour nous faire parvenir vos réponses par écrit. Nous reconnaissons que nos objectifs et les vôtres sont quelque peu différents: vous vous intéressez à la recherche, tandis que nous, nous voulons donner au gouvernement des conseils sur des objectifs précis en matière de politique publique. Y a-t-il des éléments d'information précis que l'on pourrait obtenir au moyen de la recherche et qui seraient des plus utiles au gouvernement pour l'aider à décider de reconduire les crédits de 1,3 milliard de dollars, ou même de 2 milliards de dollars qui sont consacrés aux soins de santé autochtones?

Are there two, three or four key areas that your organizations, assuming they were properly funded, could research to provide the answers that could help to ensure that those dollars are better spent? The one thing that absolutely strikes me is that it is not at all clear to me that we are spending the money in the right place. It is difficult to imagine that we could not get better results for the \$1.3 billion we are spending. That is not based on any evidence.

As researchers, what advice could you give to the government in respect of policy terms? What pieces of information could you give to them that you think would drive a better allocation of resources in the future? I would like both of you to think about that, please. We would be willing to try to find ways to secure the funding. Mr. Jock, do you want to say something?

Mr. Jock: I would certainly support the need for additional ways of collecting information. However, the other part of the answer is in looking at some of the models for primary health care that may be more effective. Mr. Reading has alluded to that.

Some of the constructs for these models already exist in some of the work that has been done on health services integration. Many of the elements exist. We need to invest in the idea of capacity building to enable communities — urban, Aboriginal communities within the larger community, or First Nations communities — to develop these comprehensive primary care models which then can look more holistically. They would look at incorporating the necessary traditional elements within the models in ways that are currently prohibited by the means of regulating health services. One by one the services are well-intentioned, but collectively they are as much a barrier as anything else.

Investment in developing best practices is also required, because there are groups who are capable of developing these models in a way that makes sense. Certainly, the costing elements are also well defined in international literature. It makes sense that, where you have populations that are more sick, you need to invest more. That fact is in the international literature. In fact, most health reform actually follows the other direction. It skims off in the direction of ways to deal with the healthier populations.

We actually have a reverse circumstance, which affects Aboriginal people as a result of some of these regionalization and other kinds of efforts.

Senator Morin: Do we have the professional human resources to implement these models. We continue to hear that we do not have the adequate human resources to do that.

Mr. Jock: I would say that in terms of staffing it with Aboriginal people, there would need to be a transitional approach. However, developing the models that are directed by communities is important. Ultimately, having these models staffed 100 per cent

Y a-t-il deux, trois ou quatre domaines clés que vos organisations, en supposant qu'elles sont suffisamment financées, pourraient étudier pour nous donner des réponses qui pourraient nous aider à s'assurer que ces montants soient dépensés à meilleur escient? Il y a une chose qui me frappe beaucoup: je ne suis pas sûr du tout que nous dépensions l'argent au bon endroit. Il est difficile d'imaginer que l'on ne puisse obtenir de meilleurs résultats avec les 1,3 milliard de dollars que nous dépensons. Mon affirmation ne repose pas sur des faits précis.

En tant que chercheurs, quel conseil donneriez-vous au gouvernement à propos des grandes orientations? Quels éléments d'information pourriez-vous lui donner qui, à votre avis, déboucheraient sur une meilleure attribution des ressources à l'avenir? Je vous demanderais à tous les deux d'y réfléchir, s'il vous plaît. Nous serions disposés à faire des efforts pour obtenir les fonds voulus. M. Jock, voulez-vous dire quelque chose?

M. Jock: Je suis certainement bien d'accord pour dire qu'il faut trouver de nouvelles façons de se renseigner. Par contre, il faut dire aussi que l'on pourrait examiner certains modèles de soins de santé primaires qui pourraient être plus efficaces. M. Reading y a fait allusion.

Certains éléments de base de ces modèles existent déjà dans le travail qui a été fait dans le domaine de l'intégration des services de santé. Beaucoup d'éléments existent déjà. Nous devons investir dans l'idée du renforcement des capacités pour permettre aux communautés, que ce soit les communautés autochtones en milieu urbain intégrées à une collectivité, ou des communautés des Premières nations, de mettre sur pied des modèles de soins primaires plus complets et holistiques. On pourrait ensuite envisager d'y intégrer les éléments traditionnels nécessaires, alors que c'est actuellement interdit par la réglementation des services de santé. Pris un par un, les services sont bien intentionnés, mais collectivement, ils constituent autant d'obstacles.

Il faut aussi investir dans la mise au point de meilleures pratiques, parce qu'il y a des groupes qui sont capables d'établir de tels modèles d'une manière logique. Il est certain que les éléments de coûts sont également bien définis dans la littérature internationale. Il est logique qu'il soit nécessaire d'investir davantage pour soigner des populations qui sont plus malades. C'est un fait établi dans la littérature internationale. En fait, la plupart des réformes de la santé se font plutôt en sens contraire. On a tendance à s'orienter vers les moyens voulus pour traiter des populations en meilleure santé.

Nous avons chez nous la situation contraire qui touche les peuples autochtones à la suite de la régionalisation et d'autres efforts.

Le sénateur Morin: Avons-nous les ressources humaines professionnelles voulues pour mettre en place ces modèles? On continue d'entendre dire que nous n'avons pas les ressources humaines voulues pour faire cela.

M. Jock: Je dirais que pour ce qui est de recruter des Autochtones, il faudrait une période de transition. Il est toutefois important de mettre au point des modèles qui sont dirigés par des gens de la communauté. Peut-être que l'objectif ultime serait

by Aboriginal people may be an objective, but it does not have to be the first step.

Senator Morin: We heard repeatedly about the problem of retaining nurses in certain areas and attracting MDs to those communities as well. Whatever model you have, if the professionals — whether Aboriginal or non-aboriginal — do not go, what are we to do? If we have trouble keeping physicians in areas that are only 20 kilometres from cities, how can we keep them in distant communities?

Mr. Jock: At the risk of debating this too much, we may need a new model that would be useful to others. For example if physicians and other appropriate professionals were employed on a salary, they might be more satisfied to work in a situation where they may have a more comprehensive range of people involved in providing services, from health promotion right through rehabilitation interests. To me, it may be a potential contribution that Aboriginal interests could actually bring to the greater Canadian health care system.

Senator Morin: May I pose a question? Obviously, you have studied this much more than I have studied it. Your conviction is that there are models that could attract health professionals in outlying communities. The outcome would be far more satisfactory than what we are doing now, without saying what the models are, but that is your conviction. Is that it?

Mr. Jock: Yes that is my belief.

Senator Morin: That is a good point.

Dr. Bartlett: Regarding some of the work that NAHO wants to undertake, we hear about models, but they are not well-known. We need to look at what best practices exist. Once those are documented, then we need to determine how to transfer that knowledge in a way that makes it usable for other communities. That is part of the work that we will undertake over the next several years — the whole area of being a knowledge organization that looks at best practices, best practice programs and those kinds of matters. In that way we can ensure that the models that have been created and are stabilizing across the country, can be shared among the different groups.

Senator Morin: We heard earlier that, in consideration of Aboriginal health services, we should move out of the provinces and remain strictly federal and Aboriginal. That was suggested. Do you agree with that statement? Right now, the provinces are responsible for the health services. Should we move out of the provincial health care system? That was suggested this afternoon.

Dr. Reading: That is simply not feasible. Unless the federal government will be in the business of building tertiary care hospitals that offer —

Senator Morin: We could contract out.

d'avoir 100 p. 100 d'Autochtones dans les effectifs de ces modèles, mais il n'est pas nécessaire que ce soit la première étape.

Le sénateur Morin: On entend constamment parler de la difficulté à retenir des infirmiers et infirmières dans certaines régions et à attirer aussi des médecins dans ces localités. Quel que soit le modèle retenu, si les professionnels, qu'ils soient autochtones ou non autochtones, refusent d'y aller, que pouvons-nous faire? Si nous avons de la misère à retenir les médecins dans des localités situées à seulement 20 kilomètres des grandes villes, comment pouvons-nous les retenir dans des localités éloignées?

M. Jock: Au risque de relancer le débat, nous avons peut-être besoin d'un nouveau modèle qui serait utile pour d'autres. Par exemple, si les médecins et les autres professionnels étaient salariés, ils seraient peut-être plus heureux de travailler dans une situation où ils peuvent être entourés d'une équipe plus complète de professionnels qui offrent des services divers, depuis la promotion de la santé jusqu'à la réadaptation. À mes yeux, ce pourrait être une contribution que les intérêts autochtones apporteraient à l'ensemble du système canadien des soins de santé.

Le sénateur Morin: Puis-je poser une question? Vous avez évidemment étudié cette question beaucoup plus que je ne l'ai étudiée. Vous êtes persuadé qu'il y a des modèles qui pourraient attirer des professionnels de la santé dans les localités isolées. Le résultat serait beaucoup plus satisfaisant que ce que nous faisons maintenant. Je ne vous demande pas de préciser quels sont ces modèles, mais telle est bien votre conviction, n'est-ce pas?

M. Jock: Oui, c'est ma conviction.

Le sénateur Morin: C'est un bon argument.

Dre Bartlett: Au sujet du travail que l'organisation veut entreprendre, on entend parler de modèles, mais ils sont mal connus. Nous devons voir quelles sont les meilleures pratiques existantes. Quand on se sera documenté là-dessus, il nous faudra déterminer comment transférer ces connaissances de manière à ce qu'elles soient utilisables dans d'autres communautés. C'est le travail que nous allons entreprendre au cours des prochaines années, c'est-à-dire que nous voulons être une organisation du savoir qui étudie les meilleures pratiques, les meilleurs programmes, et tout cela. De cette manière, nous pouvons faire en sorte que les modèles qui ont été créés et qui sont en train de se stabiliser aux quatre coins du pays puissent être partagés entre les différents groupes.

Le sénateur Morin: On nous a dit tout à l'heure que les services de santé autochtones devraient être retirés complètement des provinces et demeurer strictement dans le domaine fédéral et autochtone. C'est une suggestion qu'on a faite. Êtes-vous de cet avis? À l'heure actuelle, les provinces sont responsables des services de santé. Devrions-nous nous retirer du système de soins de santé provincial? Cela nous a été suggéré cet après-midi.

Dr Reading: C'est tout simplement infaisable. À moins que le gouvernement fédéral se lance dans la construction d'hôpitaux de soins tertiaires qui offriraient...

Le sénateur Morin: Nous confierions cette tâche à des contractuels.

Mr. Jock: Part of the issue is the locus of control issue. As you have pointed out, that is where the interest in various models is. It would be a mistake to have a cookie-cutter approach even to a primary care model. We need a series of variations that could then be used by groups as they choose.

It would be more a way of trying to be permissive, as we have stated. It would also allow for federal leadership in cutting through some of these things that have become sacred cows or inviolable over time.

We are saying that there is not any one particular model that will be the answer to all questions.

Dr. Reading: I could respond to your comment about a list of things that would be useful in helping to inform on this process. One item would be focussing on prevention and early intervention. This would require some strategic investment but would very likely pay off quite well.

There would be an epidemic of cardiovascular disease right now if there were not an epidemic of diabetes. Once we solve the problem of diabetes, we will have the same problem with heart disease unless we reduce the factors that predispose people to have these diseases. We have known for 30 or 40 years about the risk factors that predispose people to these kinds of chronic diseases. Thus, we know what to do. It is a question of implementing those in primary and preventive care models. A significant amount of investment into that area would have a profound impact.

A second strategy would be to adopt the harm reduction model in the area of addictions. Take for example, the transmission of HIV through needle-sharing and various drug use. Adoption of the harm reduction model would help to prevent the problem from spreading to people who would be victims of the circumstance. Acceptance of the fact that these things occur would reduce the amount of harm caused to other people. That is an important aspect.

Third, we should continue to have Aboriginal people involved in the research. It is clear that through the genetic, genomic and proteomic frontiers of knowledge we will learn all kind of things of which we could not even dream. It will change the health care system significantly in the next 20 to 25 years. We will not be able to recognize it.

Aboriginal people must be at the table and sharing in the kind of advantages of which we will learn as the health care system radically changes over the next while. We are glad to be participating in the research enterprise. We hope we can work with our colleagues in research and then help to inform indigenous communities world-wide of the things that we are doing in Canada.

The Chairman: Are you doing any international comparative studies? We had a question with respect to the Inuit. Can you learn anything from Greenland, for example? Is any work in that direction being done?

M. Jock: Le problème est assimilable en partie à la recherche d'une source de contrôle. Comme vous l'avez signalé, c'est là que réside l'intérêt des divers modèles. Ce serait une erreur d'adopter une approche à la pièce, même pour un modèle de soins primaires. Nous avons besoin d'une série de variations qui pourraient ensuite être utilisées par les groupes, à leur choix.

Il s'agirait plutôt d'essayer d'être plus permissifs, comme nous l'avons déclaré. Cela permettrait également aux autorités fédérales de jouer un rôle de leader en écartant certains obstacles qui sont devenus avec le temps inviolables, comme des vaches sacrées.

Ce que nous disons, c'est qu'il n'y a pas un modèle en particulier qui serait la solution universelle.

Dr Reading: Je pourrais répondre à votre commentaire sur une liste d'éléments qui seraient utiles pour éclairer le débat sur ce processus. On pourrait notamment se concentrer sur la prévention et l'intervention précoce. Cela exigerait certains investissements stratégiques, mais donnerait probablement d'excellents résultats.

Il y aurait une épidémie de maladies cardio-vasculaires en ce moment même s'il n'y avait pas une épidémie de diabète. Une fois que l'on aura résolu le problème du diabète, nous aurons le même problème au niveau des maladies cardiaques, à moins de réduire les facteurs qui prédisposent les gens à souffrir de ces maladies. Nous connaissons depuis 30 ou 40 ans les facteurs de risque qui prédisposent les gens à souffrir de ces maladies chroniques. Ainsi, nous savons ce qu'il faut faire. La question est de le faire dans le cadre de modèles de soins primaires et préventifs. Des investissements considérables dans ce domaine auraient un très grand impact.

Une deuxième stratégie serait d'adopter le modèle de réduction des méfaits dans le domaine des toxicomanies. Prenons par exemple la transmission du VIH par le partage des seringues et l'utilisation de diverses drogues. L'adoption du modèle de réduction des méfaits aiderait à empêcher le problème de se propager à des gens qui seraient victimes des circonstances. Le simple fait d'accepter que ces choses-là arrivent réduirait les torts causés à d'autres personnes. C'est un aspect important.

Troisièmement, nous devrions continuer de faire participer les Autochtones à la recherche. Il est clair qu'en repoussant les frontières de la science dans les domaines génétiques, génomiques et protéomiques, nous apprendrons beaucoup de choses dont nous ne pouvions même pas rêver. Cela changera en profondeur le système des soins de santé d'ici 20 à 25 ans. Nous ne pourrions même plus le reconnaître.

Les Autochtones doivent être au cœur de l'action et doivent partager les avantages que nous découvrirons au fur et à mesure que le système de soins de santé changera radicalement au cours des prochaines années. Nous sommes contents de participer à l'entreprise de recherche. Nous espérons que nous pourrions travailler avec nos collègues à la recherche pour aider ensuite à éclairer les communautés indigènes dans le monde entier sur ce que nous faisons au Canada.

Le président: Faites-vous des études comparatives internationales? On nous a posé une question au sujet des Inuits. Pouvez-vous tirer des leçons de ce qui se fait au Groenland, par exemple? Se fait-il du travail dans cette direction?

Dr. Reading: We are very interested in putting forward a letter of intent to the Canadian Foundation for Innovation. They recently received a \$200 million pot of money. They are looking at funding some important health initiatives. Basically, we want to have an international global priority-setting consortium in indigenous health world-wide in partnership with NAHO, other aboriginal groups and the research community across Canada, as well as with indigenous research communities in Australia and New Zealand, Central and South America, and the northern circumpolar countries.

We share many health concerns with other communities. In the past we have worked with the international community and have helped to inform other countries in terms of the health problems in their indigenous populations.

We are talking about developed countries with minority indigenous populations. These populations are often marginalized and share similar circumstances. We could play a leading role. We will be working towards a letter of intent being prepared for a July 3, 2001 meeting. If we could have support, it would be very much appreciated.

The Chairman: May I thank all of you for coming. We appreciate it. We will undoubtedly be talking to you as we go down the road. I presume that in the coming weeks you will send the information I have requested — particularly with respect to fleshing out some of the statements in Dr. Bartlett's brief.

The Chairman: Senators we have two last witnesses and we will try to be reasonably efficient in that regard. We have Margaret Horn from the National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization and Ron Wakegijig from Wikwemikong, which is a reserve on Manitoulin Island.

Given the lateness of the hour, we would like you to focus on what your major conclusions and recommendations are to us particularly from a public policy standpoint.

Ms Margaret Horn, National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization: I will give a very short comment on the background of our organization because it is important to take note of the evolution of the community health representatives. They began in 1962 as a program initiated by Health Canada, which was then Health and Welfare Canada. The goal was to strengthen and enhance existing health education programs.

I listened to many of the presentations, and I want to concentrate my presentation on developing the skills capacity within the communities.

Our organization works on all the issues in the areas of promotion, prevention and education, and the health issues that were described earlier, including providing information on health promotion and prevention of diabetes. We have done some work

Dr Reading: Nous sommes très intéressés à envoyer une lettre d'intention à la Fondation canadienne pour l'innovation. Ils ont récemment reçu une injection de 200 millions de dollars. Ils cherchent à financer certaines initiatives importantes dans le domaine de la santé. Essentiellement, nous voulons établir un consortium international, mondial, planétaire d'établissement des priorités dans le domaine de la santé autochtone, en partenariat avec NAHO, d'autres groupes autochtones et le milieu de la recherche d'un bout à l'autre du Canada, ainsi qu'avec les milieux de recherche indigènes d'Australie et de Nouvelle-Zélande, d'Amérique centrale et du Sud, et des pays circumpolaires septentrionaux.

Nous partageons beaucoup de préoccupations en matière de santé avec d'autres communautés. Dans le passé, nous avons travaillé avec la communauté internationale et nous avons aidé à éclairer la réflexion d'autres pays sur les problèmes de santé de leur propre population indigène.

Les pays en question sont des pays industrialisés comptant des populations indigènes minoritaires. Ces populations sont souvent marginalisées et ont beaucoup de points communs. Nous pourrions jouer un rôle de chef de file. Nous travaillons à l'élaboration d'une lettre d'intention en prévision d'une réunion le 3 juillet 2001. Si nous pouvions avoir des appuis, ce serait grandement apprécié.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Nous vous en sommes reconnaissants. Nous aurons sans nul doute l'occasion de vous revoir dans la suite de nos travaux. Je suppose qu'au cours des prochaines semaines, vous nous ferez parvenir les renseignements que j'ai demandés, surtout pour ce qui est d'étoffer les déclarations formulées dans le mémoire de la Dre Bartlett.

Sénateurs, nous avons encore deux témoins à entendre et nous allons essayer d'être raisonnablement efficaces. Nous avons Margaret Horn, de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, et Ron Wakegijig, de Wikwemikong, qui est une réserve sur l'île Manitoulin.

Étant donné l'heure tardive, nous vous demandons de résumer vos principales conclusions et recommandations, en particulier du point de vue des politiques publiques.

Mme Margaret Horn, Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire: Je vais d'abord établir très brièvement le contexte de notre organisation, parce qu'il est important de prendre bonne note de l'évolution des représentants en santé communautaire. Tout a commencé en 1962 par un programme lancé par Santé Canada, qui s'appelait à l'époque le ministère de la Santé et du Bien-être. L'objectif était de renforcer les programmes existants d'éducation en santé.

J'ai écouté bon nombre des exposés et je veux concentrer ma présentation sur le renforcement des compétences et de la capacité des communautés.

Notre organisation travaille dans tous les dossiers dans le domaine de la promotion, de la prévention et de l'éducation et s'occupe de toutes les questions de santé dont on a parlé tout à l'heure, y compris la diffusion d'information sur la promotion de

on active living and aging. We have done a number of educational promotion projects on the aging population.

Community health representatives (CHRs) make a major contribution towards improving the health of First Nations and Inuit communities, and I speak only of the Inuit communities in Labrador. CHRs have increased accessibility to health care by bridging the cultural gap between health care professionals and their clients in the communities. The National Indian & Inuit Community Health Representatives Organization, NIICHO, represents the CHRs as a worker group. We are a non-profit organization: We are not a professional organization where members pay dues. We do advocacy work, and we attempt to work with this body of workers. We have done many national training sessions, and we have developed training tools, which we do well, for that body of workers to use.

However, there are unresolved issues, relating to the working conditions of these CHR workers. Those issues have been identified in a number of studies that were done by the former MSB.

NIICHO has gathered a lot of information from the body of workers. These studies discuss lack of funding for training, for community programs, a misunderstanding by health professionals of the CHR's role, and a lack of career opportunities. That is because most of the CHRs are not accredited and that is what I am leading into.

We need a body of health workers who are accredited. They are not accredited right now. They have diverse training, from one end of the country to the other. Some workers have good training in some areas. In other cases, they might be someone who has responded to an offer for a position as a CHR and has been put into the community to perform a variety of tasks in health promotion.

The other issue that CHRs are concerned about is that they have no liability coverage. They have an unrealistic workload, fluctuating salary scales and benefits, and, of course, there is job insecurity.

In 1992, NIICHO, on behalf of the CHRs, filed a human rights complaint surrounding the issue of pay equity. Their work was compared with general services, — GS. Finally, on June 30, 2000, there was a mediated settlement between Health Canada, Treasury Board and NIICHO, which was for \$45.7 million that was to compensate for the lower salary scales of CHR workers from 1980 to 2000. There were about 1500 beneficiaries during those 20 years. The settlement lacked further protection for the CHRs. It did not protect the workers from further discrimination in their salary scales.

la santé et la prévention du diabète. Nous avons mené du travail sur la vie active et le vieillissement. Nous avons fait un certain nombre de projets de promotion et d'éducation sur le vieillissement de la population.

Les représentants en santé communautaire (RSC) apportent une importante contribution à l'amélioration de la santé des communautés des Premières nations et des Inuits, et je parle seulement des communautés inuites du Labrador. Les RSC ont accru l'accessibilité des soins de santé en jetant un pont sur l'abîme culturel qui sépare les professionnels des soins de santé et leurs clients dans les communautés. L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire, connue sous le sigle ONRIISC, représente les RSC en tant que groupe de travailleurs. Nous sommes une organisation à but non lucratif. Nous ne sommes pas une association professionnelle dont les membres paient des cotisations. Nous faisons du travail de défense des intérêts et nous tentons de travailler avec ce groupe de travailleurs. Nous avons tenu beaucoup de séances de formation nationales et nous avons mis au point des outils de formation à l'intention de ce groupe de travailleurs et nous faisons du bon travail à cet égard.

Toutefois, il demeure des problèmes non résolus, relativement aux conditions de travail de ces travailleurs, nommément les RSC. Ces questions ont été identifiées dans un certain nombre d'études qui ont été faites par l'ancienne DGSPNI.

L'ONRIISC a recueilli beaucoup d'information auprès de ce groupe de travailleurs. Ces études décrivent la manque de financement pour la formation, pour les programmes communautaires, le fait que les professionnels de la santé comprennent mal le rôle des RSC, et l'absence de possibilités d'avancement. C'est parce que la plupart des RSC ne sont pas accrédités et c'est de cette question dont je vais vous parler.

Nous avons besoin d'un groupe de travailleurs de la santé qui soient accrédités. Ils ne le sont pas actuellement. Leur formation n'est pas uniforme dans tout le pays. Certains travailleurs ont une bonne formation dans certains domaines. Dans d'autres cas, quelqu'un peut avoir répondu à une offre d'emploi à titre de RSC et a été chargé de diverses tâches de promotion de la santé.

L'autre question qui préoccupe les RSC est qu'ils n'ont aucune assurance-responsabilité. Leur charge de travail est irréaliste, leurs échelles salariales et leurs avantages sociaux fluctuent et, bien sûr, il n'y a aucune sécurité d'emploi.

En 1992, l'ONRIISC a, au nom des représentants en santé communautaire, déposé une plainte auprès de la Commission des droits de la personne au sujet de l'équité salariale. Le travail de ces représentants a été comparé à celui du groupe Services divers ou GS. Finalement, le 30 juin 2000, un règlement de 45,7 millions de dollars a été négocié entre Santé Canada, le Conseil du Trésor et l'ONRIISC pour compenser les échelles salariales inférieures qui avaient été celles des représentants en santé communautaire entre 1980 et 2000. Il y avait environ 1 500 employés admissibles pour cette période de 20 ans. Ce règlement n'accordait pas d'autre protection à ces employés. Il ne les protégeait pas contre de nouvelles discriminations sur le plan salarial.

The less-than-desirable working conditions of many CHRs are, in part, related to their para-professional status. They reflect labour market inequities based on gender and racial discrimination. CHRs are overwhelmingly female and Aboriginal. That was the basis of the complaint to the Human Rights Commission: This body of workers, generally, was largely females who were underpaid, as seen when the salary figures were compared to those of GS-3 to GS-5 levels. That in itself was discriminatory, but we will not discuss that issue.

My point is that the health status of First Nations and Inuit people remains disadvantaged in comparison to most other Canadians. There continues to be a critical need for improved access to and delivery of a wide range of health care services. CHRs play a central role in health promotion, education and prevention. It is necessary to ensure that all those who work in these crucial areas have a solid foundation of knowledge and skills that can enable them to effectively and competently carry out these activities.

The Chairman: Are CHRs federal employees?

Ms Horn: No, they are now on contribution agreements. That evolved over 20 years.

The Chairman: They started out as federal employees.

Ms Horn: That is correct.

The Chairman: Now, they are effectively on contract.

Ms Horn: They are on contribution agreements with the bands. Health Canada has contribution agreements with the bands that employ the CHRs.

The Chairman: Essentially, federal funding is now provided to the bands, instead of directly to the CHRs. Thank you for the clarification.

Our last witness is Mr. Ron Wakegijig from the Wikwemikong Health Centre on Manitoulin Island.

I have read your brief. Could you focus on the section entitled, "My Thoughts," pages five, six and seven and then provide us with your recommendations and conclusions. I thought that they were wonderfully unique and different from some of the comments that we have heard.

Mr. Ron Wakegijig, Healer, Wikwemikong Health Centre: Previous speakers have raised most of my concerns. I do not feel that I can add much more.

Some speakers earlier mentioned the problem of alcohol and drug abuse. I would like to address that specific issue, if I may.

The Chairman: Could you also tell us what is the exact role of a healer within the community. That information would be helpful to us.

Mr. Wakegijig: We will begin with that. Healers used to be called "medicine men." That term had adverse implications because of the history with the churches. Now, they call us "healers," but I am not comfortable with either term. I would

Les conditions de travail peu enviables de nombreux représentants en santé communautaire découlent, en grande partie, de leur statut paraprofessionnel. Elles reflètent les iniquités fondées sur la discrimination sexuelle et raciale. Les représentants en santé communautaire sont surtout des femmes et des Autochtones. C'est sur cette particularité que se fondait la plainte déposée à la Commission des droits de la personne. Ces travailleurs étaient surtout des femmes sous-payées par rapport aux salaires des niveaux GS-3 à GS-5. C'était discriminatoire en soi, mais nous ne discuterons pas de cette question.

Je veux faire valoir que les peuples des Premières nations et les Inuits restent défavorisés sur le plan de la santé par rapport à la plupart des autres Canadiens. Il demeure essentiel d'améliorer l'accès à tout un éventail de services de santé. Les représentants en santé communautaire jouent un rôle de premier plan dans la promotion de la santé, l'éducation et la prévention. Il faut que ceux qui travaillent dans ce domaine crucial aient les connaissances et les compétences qui leur permettront de s'acquitter avec efficacité et compétence de leurs fonctions.

Le président: Les représentants en santé communautaire sont-ils des employés fédéraux?

Mme Horn: Non, ils sont visés par des accords de contribution. Leur situation a évolué au cours de ces 20 ans.

Le président: Au départ, il s'agissait d'employés fédéraux.

Mme Horn: C'est exact.

Le président: Et maintenant ils sont contractuels.

Mme Horn: Ils sont visés par des accords de contribution avec les bandes. Santé Canada a conclu des accords de contribution avec les bandes qui les emploient.

Le président: Le gouvernement fédéral octroie des fonds aux bandes au lieu de payer directement les représentants en santé communautaire. Merci pour cet éclaircissement.

Notre dernier témoin est M. Ron Wakegijig, du Centre de santé Wikwemikong de l'île Manitoulin.

Nous avons lu votre mémoire. Pourriez-vous nous parler surtout des réflexions que vous formulez aux pages cinq, six et sept et nous faire part de vos recommandations et vos conclusions. J'ai trouvé que c'était tout à fait exceptionnel et différent des autres observations que nous avons entendues.

M. Ron Wakegijig, guérisseur, Wikwemikong Health Centre: Les personnes qui m'ont précédé ont soulevé la plupart de mes préoccupations. Je ne pense pas pouvoir ajouter grand-chose.

Certains témoins ont parlé du problème de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Si vous le permettez, je voudrais aborder cette question.

Le président: Pourriez-vous aussi nous dire quel est exactement le rôle d'un guérisseur au sein de la collectivité. Ce renseignement nous serait utile.

M. Wakegijig: Nous allons commencer par cela. Les guérisseurs s'appelaient avant des «sorciers». Cette expression a eu une connotation péjorative aux yeux des églises. On nous appelle maintenant «guérisseurs», mais ces appellations ne me

rather be known as a traditional health care provider. That is more appropriate.

I am not a healer. I use herbal medicines to help with the healing and most of the healing comes from within the people with whom we work. That is the nature of the work.

I was interested in the senator's question about alcohol and drug abuse and how he addressed the issue. Back in 1976, I established an alcohol and drug rehabilitation centre on my reserve. It was called "Rainbow Lodge." It was designed from a purely cultural standpoint. If a person applied for admittance for help to overcome his addictive problems, he was allowed to stay as long as he or she felt necessary — six weeks or 12 weeks — it was entirely up to the individual.

We gradually re-introduced the person to the culture. Many of those people had lost the culture through residential schools. Even the day-school system took away much of our culture when they prevented us from using our language on school property. We had to re-educate many of these people on their own culture. Our enrolment was quite high during those first few months.

Government interference incenses me. The government laid down special regulations that prevented us from carrying on that program in the way that we saw fit. They made a 28-day program compulsory in order to release funding for the project. We lost many of our local clientele as a result.

The evolutionary process that took place is that we get a lot of people from different native communities coming to Wikwemikong. Our people go elsewhere to similar institutions like Blind River, Thunder Bay, and places elsewhere.

The Chairman: Outside the reserve?

Mr. Wakegijig: That is right. That was our problem. Every time we tried to do something cultural, the government stepped in and told us we could not do it.

In 1993, when they took over transfer of health services, within that capacity we were able to develop certain programs as we saw fit, one of which was a traditional medicine program. We developed our own program with what was allocated to us in the way of finances. They wanted to curtail it, but we would not allow them that.

We are the only clinic in North America, as far as I know that has a traditional medicine lodge in the same building as a western style clinic. When you walk through the front doors of our clinic, you have an option. You can turn to the left, and you are on the western medicine side. Turn to the right, you are on the traditional medicine side. There is nothing that says you cannot use both, which is what many people do.

I have no aversion to working with physicians. By working closely with physicians, western-trained physicians, we are able to prove clinically that our methods work. We share the same medical histories as the clients that come to both us and to the doctor.

satisfait ni l'une ni l'autre. Je préférerais qu'on me considère comme un fournisseur de soins de santé traditionnels. C'est plus exact.

Je ne suis pas un guérisseur. J'utilise des herbes médicinales pour hâter la guérison et dans la plupart des cas, la guérison vient de l'intérieur. Telle est la nature de mon travail.

J'ai trouvé intéressante la question du sénateur concernant l'alcoolisme et la toxicomanie et la façon dont il a abordé le sujet. En 1996, j'ai ouvert un centre de désintoxication pour les alcooliques et les toxicomanes dans ma réserve. On l'a appelé le «Rainbow Lodge». Il a été conçu d'un point de vue purement culturel. Si une personne demandait à y entrer pour se désintoxiquer, elle pouvait y rester aussi longtemps qu'elle le jugeait nécessaire, six ou douze semaines. Cela dépendait entièrement d'elle.

Nous remettons graduellement cette personne en contact avec sa culture. De nombreux toxicomanes avaient perdu leur culture dans les pensions. Même l'école nous a enlevé une bonne partie de notre culture en nous empêchant de parler notre langue à l'école. Nous avons dû refamiliariser beaucoup de gens avec leur propre culture. Les premiers mois qui ont suivi l'ouverture du centre, nous avons eu beaucoup de clients.

L'ingérence du gouvernement m'exaspère. Le gouvernement a pris des règlements spéciaux qui nous ont empêchés de poursuivre ce programme comme nous le jugions nécessaire. Il nous a obligés, pour obtenir des fonds, à limiter la durée du programme à 28 jours. Pour cette raison, nous avons perdu une bonne partie de notre clientèle locale.

Par la suite, nous avons reçu beaucoup de gens des différentes collectivités autochtones. Les gens de chez nous vont dans des établissements semblables mais qui se trouvent à Blind River, Thunder Bay et ailleurs.

Le président: En dehors de la réserve?

M. Wakegijig: C'est exact. C'est là le problème. Chaque fois que nous avons essayé de faire quelque chose de culturel, le gouvernement est intervenu pour nous en empêcher.

En 1993, quand il y a eu le transfert des services de santé, nous avons pu établir certains programmes dont le programme de médecine traditionnelle. Nous avons élaboré notre propre programme grâce aux fonds qui nous étaient alloués. Le gouvernement a voulu le réduire, mais nous ne l'avons pas laissé faire.

À ma connaissance, nous sommes la seule clinique d'Amérique du Nord où la médecine traditionnelle côtoie la médecine occidentale. Quand vous franchissez le seuil de notre clinique, si vous tournez à gauche, vous êtes du côté de la médecine occidentale et si vous tournez à droite, vous êtes du côté de la médecine traditionnelle. Rien ne vous empêche de recourir aux deux, ce que font bien des gens.

Je n'ai pas d'objection à travailler avec des médecins. En travaillant en collaboration étroite avec les médecins formés à l'occidental, nous pouvons prouver cliniquement l'efficacité de nos méthodes. Quand les clients viennent nous voir et vont voir le médecin, nous partageons leurs antécédents médicaux.

We see much success in treating diabetes. Over the past 15 years, out of necessity I needed to develop a remedy that works hand in hand with either insulin or oral hypoglycaemic to control blood sugars. It is effective, and we have proven it clinically. I am able to say that here. I never claimed that there is a cure for diabetes because there is not, yet — either from western or traditional medicine standpoint.

What we have started from our own community has national implications. Most health centres now being built across Canada have a traditional medicine component built into their structures. Many more of our traditional healers are starting to work with non-native or western-trained medicine people, doctors.

The other issue I would like to point out is something that is close to me. I am involved right now in negotiations with the Province of Ontario trying to establish a northern medical school for Northern Ontario.

My daughter graduated from medical school in Alberta four years ago under a special Aboriginal initiative. She was always complaining about the treatment that she got from the non-native component at the university. Because of the special program, the non-native students felt that our native people are stealing seats away from them or occupying seats that should have been for non-native students. That is a heck of a thing to go through when you are pursuing a career with the intention of helping your own people.

I support the northern medical school initiative because, I hope that more of our people would enter that very honourable field of medicine. Hopefully, that will improve health conditions on our reserves. We can have our own people coming back to the community to help keep us well.

My daughter is fluent in the language. Sometimes she does locum work on Manitoulan Island, in West Bay or Little Current. Many of the elders that still use the language make a point to see her because of she speaks it. People who would normally shy away from seeing a physician, go to her because of the language. The language is a healing process in itself. It is a very expressive language; it comes right from the heart. It has a special meaning to these old people, these elders. They enjoy seeing a physician that is going to be able to help them while speaking their own language. That is what it is all about.

We would like to see more of that returning to our communities. We would have our own people graduate as medical doctors come back and help us on our reserve in our own communities. That is one of reasons that I am a strong proponent of this northern medical school, which we hope will come to fruition within the next two years, three years or four years.

I have no complaints about our clinic. I am about 70 per cent satisfied with the medical care that we get.

Back in 1950, our doctors were still travelling by horse and buggy and horse and sleigh in winter. It was only in 1950 when

Nous avons beaucoup de succès dans le traitement du diabète. Au cours des 15 dernières années, j'ai dû mettre au point un remède qui agit parallèlement à l'insuline ou aux hypoglycémiantes oraux pour contrôler la glycémie. Nous avons démontré son efficacité du point de vue clinique. Je peux l'affirmer ici. Je n'ai jamais prétendu que cela guérissait le diabète car ce n'est pas le cas, ni du point de vue de la médecine occidentale ni du point de vue de la médecine traditionnelle.

Ce que nous avons commencé chez nous à des répercussions à l'échelle nationale. La plupart des centres de santé qui sont actuellement construits un peu partout au Canada comprennent un service de médecine traditionnelle. Un grand nombre de guérisseurs commencent à travailler avec les médecins formés à la médecine occidentale.

Je voudrais également aborder un sujet qui me tient beaucoup à coeur. Je participe actuellement à des négociations avec l'Ontario en vue d'établir une école médicale dans le Nord de l'Ontario.

Ma fille a reçu son diplôme en médecine, en Alberta, il y a quatre ans, dans le cadre d'une initiative autochtone. Elle s'est toujours plainte de la façon dont elle était traitée par les non-Autochtones à l'université. En raison de ce programme spécial, les étudiants non autochtones pensaient que les Autochtones leur volaient des places ou occupaient des places qui auraient dû revenir à des non-Autochtones. C'est très difficile à supporter quand vous poursuivez une carrière dans le but d'aider votre peuple.

J'appuie l'initiative visant à créer une école de médecine pour le Nord, car je crois qu'un plus grand nombre d'Autochtones entreraient dans l'honorable domaine de la médecine. Cela devrait améliorer l'état de santé de la population de nos réserves. Les gens de chez nous pourront revenir dans la collectivité pour nous garder en bonne santé.

Ma fille parle couramment la langue. Elle fait parfois du travail de remplacement sur l'île Manitoulin, à West Bay ou à Little Current. De nombreux aînés qui parlent toujours la langue ne manquent pas d'aller la voir. Des gens qui normalement hésiteraient à aller chez le médecin vont la voir parce qu'elle parle leur langue. La langue en elle-même est un remède. C'est aussi une langue très expressive qui vient du fond du coeur. Elle a un sens spécial pour les aînés. Ils aiment voir un médecin qui peut leur parler leur propre langue. C'est toucher à l'essentiel.

Nous aimerions que ces cas soient plus fréquents dans nos collectivités. Nous aimerions que des Autochtones viennent pratiquer la médecine dans leur collectivité. Voilà pourquoi je suis tellement en faveur de cette école de médecine dans le Nord que nous souhaitons voir ouvrir ses portes d'ici deux, trois ou quatre ans.

Je n'ai pas de plaintes à formuler à l'égard de notre clinique. Mon taux de satisfaction par rapport aux soins de santé qui nous sont dispensés est d'environ 70 p. 100.

Dans les années 50, nos médecins se déplaçaient toujours en carriole et en traîneau en hiver. Ce n'est qu'en 1950 lorsque le

our road system started to improve under the Wikwemikong reserves that we could actually have cars come on to the reserve and provide us with transportation.

It was interesting to hear Dr. Reading in his comments about possible reasons why the incidence of diabetes is rampant. It is an epidemic. It is well-known across Canada and the United States. There are some reserves where it is as high as 30 per cent, 50 per cent. On my reserve, with a population of 2,860, we have 286 diabetics, 10 per cent of the population. That is unacceptable.

It all points to lifestyle. We have a diabetes program. I have been after the federal government about this problem of diabetes for the past 20 years. Nobody would listen.

In 1993, the Ministry of Health for the Province of Ontario came up with a diabetes program in our area, known as the "Northern Diabetes Health Network." We are able to tap into that government agency for funding. For a population of our size, we only get about \$42,000 per year. We cannot even afford a full-time worker. If we did not have our traditional program going, we would not be able to have a diabetes program on the reserve, because the criteria that the province set down is: one-quarter year for a coordinator and one-half a year for a diabetes educator, which is absolutely nothing.

We have every reason to be optimistic when we heard this announcement about several million dollars being put forward by the federal government for a national diabetes initiative. The same thing happened again. The bureaucracy takes its cut, then the provincial and territorial organizations take their cut. By the time that money trickles down to the reserve, there is nothing left that is worthwhile to anybody.

I believe the estimated allocation for our reserve of 2,800 is about \$20,000 per year. That is what they calculated.

It is frustration after frustration when we are dealing with health at the reserve level. We are not allowed to exercise our own initiative. We are not allowed to run our own programs as we see fit, as they should be run: according to our cultural, traditional and spiritual beliefs.

In our practice of medicine, we treat the three components of the psyche plus one. First, there is the human side, the mind, body and spirit. When we are dealing with a headache, we want to know what is causing that headache. We are not only concerned with making that headache go away. We want to know why it occurred in the first place. Is it a brain tumour? Is it stress-related or what?

The fourth component is your environment, which many people shrug to the side as if it is unimportant. One of the most important things in the environment that affects people's health is the housing situation. When you double up in houses, three and four families living in one house, it is not a healthy atmosphere. Although we have tried to address the housing issue much to the detriment of the future of our band, putting our band into jeopardy. The CMHC, which is a mortgage outfit, could foreclose

réseau routier s'est amélioré sur les réserves Wikwemikong que nous avons eu des transports.

J'ai trouvé intéressant d'entendre le Dr Reading chercher à expliquer les causes possibles du haut taux de diabète dans nos collectivités. Il s'agit d'une épidémie. C'est un phénomène bien connu au Canada et aux États-Unis. Dans certaines réserves, le taux de diabète atteint jusqu'à 30 ou 50 p. 100. Sur ma réserve qui compte 2 860 personnes, 286, soit 10 p. 100 de la population, sont diabétiques. C'est inacceptable.

Le problème est lié au mode de vie. Nous avons mis en oeuvre un programme destiné aux diabétiques. J'essaie sans succès d'attirer l'attention du gouvernement fédéral sur ce problème depuis 20 ans. Personne n'a voulu m'écouter.

En 1993, le ministère de la Santé de l'Ontario a proposé un programme de lutte contre le diabète dans notre région connu sous le nom de «Réseau-Santé du diabète du Nord». Nous pouvons obtenir des fonds de cet organisme gouvernemental. Nous n'obtenons cependant que 42 000 \$ par année malgré la taille de notre population. Nous ne pouvons même pas nous permettre d'engager un travailleur de la santé à temps plein. Si ce n'était de notre programme traditionnel, nous ne pourrions pas offrir un programme destiné aux diabétiques dans la réserve parce que la province insiste pour que le quart des fonds chaque année servent à recruter un coordinateur et la moitié pour engager un éducateur dans le domaine du diabète. Ce n'est pas suffisant.

Nous étions en droit d'être optimistes lorsque nous avons entendu que le gouvernement fédéral compte investir plusieurs millions de dollars à la lutte contre le diabète à l'échelle nationale. La même chose s'est cependant produite. Une fois que la bureaucratie et les gouvernements provinciaux et territoriaux se sont servis, il ne reste presque plus rien pour la réserve.

Si je ne m'abuse, notre réserve de 2 800 personnes ne recevra que 20 000 \$ par année.

Chercher à améliorer des services de santé sur la réserve est très frustrant. On ne nous permet pas de faire preuve d'initiative. On ne nous permet pas de mettre en oeuvre les programmes que nous voudrions mettre en oeuvre ni de le faire comme nous l'entendons selon nos croyances culturelles, traditionnelles et spirituelles.

Notre médecine traditionnelle traite des trois aspects de la psyché plus un aspect supplémentaire. Il y d'abord l'esprit et le corps. Si quelqu'un souffre d'un mal de tête, nous cherchons à savoir ce qui en est la cause. Nous ne cherchons pas simplement à faire disparaître le mal de tête. Nous voulons savoir ce qui en est la cause. Est-ce une tumeur au cerveau? Est-ce le stress?

Le quatrième élément c'est l'environnement, qui, selon beaucoup de gens, n'est pas considéré comme étant important. Un aspect important de l'environnement qui influe sur la santé des gens c'est la situation du logement. Lorsqu'on a trois ou quatre familles qui habitent une maison, ce n'est pas une ambiance saine. Nous avons essayé de régler la question du logement au détriment de l'avenir de notre bande, en compromettant la bande. La SCHL, le créancier hypothécaire, pourrait saisir les immeubles à l'avenir.

at some point in the future. It might be improbably, but it is a possibility. If CMHC foreclosed on the mortgages that we had on our reserve we would be bankrupt.

I do not know what else I could tell you at this time.

The Chairman: I must ask you, does your daughter practice western medicine, Aboriginal medicine or both?

Mr. Wakegijig: Both.

The Chairman: With the same patient on the same visit?

Mr. Wakegijig: Yes.

The Chairman: I had better ask this question rather than Dr. Morin. What has been the reaction of the western doctors in the clinic that is adjacent to the other one?

Mr. Wakegijig: Fortunately we had a cohort in the person of Dr. Jack Bailey who is a long-time physician in our area. He has been there since 1949. He believes in what we were doing. He added credibility to what we were doing. He was voted family physician of the year five years ago. It did not hurt matters.

Senator Morin: I really have nothing to add. I think that it is certainly the way to go. There is no doubt about that, and I am a western doctor.

I do not know if you were present when I went over several times the issue of the cultural component to health, in which I am a strong believer. There is no doubt that is what you are practising. Definitely Health Canada is not doing the right thing in not supporting you in the type of work you are doing.

It is not a question, but mention of support to what you have said.

The Chairman: I thank both of you for coming. Thank you to the various staff that have been with us for five and one-half hours. We are adjourned until eleven o'clock tomorrow morning. We will adjourn at 12:30 because there is a government caucus at 12:30.

The committee adjourned.

C'est peut-être peu probable, mais c'est une possibilité quand même. Si la SCHL récupérait les prêts sur notre réserve nous ferions faillite.

Je m'arrêterai là.

Le président: Je dois vous demander, est-ce que votre fille pratique la médecine occidentale, la médecine autochtone ou les deux?

M. Wakegijig: Les deux.

Le président: Avec le même patient lors d'une même consultation?

M. Wakegijig: Oui.

Le président: Il est mieux que ce soit moi qui pose la question plutôt que le Dr Morin. Quelle a été la réaction des médecins occidentaux à la clinique qui se trouve à côté de l'autre clinique?

M. Wakegijig: Heureusement il s'agit du Dr Jack Bailey, qui est médecin dans notre région depuis longtemps. Il est là depuis 1949. Il croit en ce que nous faisons. Il ajoute de la crédibilité à ce que nous faisons. Il a été lauréat du prix de médecin de famille de l'année il y a cinq ans. Voilà qui a été encourageant.

Le sénateur Morin: À mon avis, il s'agit d'une bonne approche. Sans aucun doute, et je suis médecin occidental.

Je ne sais pas si vous étiez présent lorsque, à plusieurs reprises, j'ai parlé de l'aspect culturel de la santé, auquel je crois fermement. Sans aucun doute, c'est ce que vous faites. Santé Canada a tort en ne pas vous appuyant, et le travail que vous faites.

Il ne s'agit pas d'une question, mais un commentaire pour appuyer ce que vous venez de dire.

Le président: Je vous remercie tous les deux d'être venus. Je remercie également tout le personnel qui est là depuis cinq heures et demie. La séance reprend à 11 heures demain matin. Nous allons lever la séance à 12 h 30 car le caucus du gouvernement se réunit à 12 h 30.

La séance est levée.

From Inuit Tapirisat of Canada:

Larry Gordon, Member ITC, Health Committee.

From the Pauktuutit Inuit Women's Association:

Veronica N. Dewar, President.

From the National Aboriginal Health Organization:

Dr. Judit Bartlett, Chair;

Richard Jock, Executive Director.

From the Canadian Institutes of Health Research:

Dr. Jeff Reading, Scientific Director, Institute of Aboriginal People's Health.

From the Wikwemikong Health Centre:

Ron Wakegijig, Healer.

From the National Indian and Inuit Community Health Representatives Organization:

Margaret Horn, Executive Director.

De Inuit Tapirisat du Canada:

Larry Gordon, membre ITC, Comité de la santé.

De l'Association des femmes inuites de Pauktuutit:

Veronica N. Dewar, présidente.

De l'Organisation nationale sur la santé des Autochtones:

Dre Judith Bartlett, présidente;

Richard Jock, directeur exécutif.

Des Instituts de recherche en santé du Canada:

Dr Jeff Reading, directeur scientifique, Institut de la santé des Autochtones.

Du Wikwemikong Health Centre:

Ron Wakegijig, guérisseur.

De l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire:

Margaret Horn, directrice exécutive.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Health Canada:

Ian Potter, Assistant Deputy Minister, First Nations and Inuit Health Branch;

Jérôme Berthelette, Special Advisor, Office of the Special Advisor, Aboriginal Health, First Nations Inuit Health Branch;

Dr. Peter Cooney, Acting Director General, Non-Insured Health Benefits, First Nations and Inuit Health.

From Indian and Northern Affairs Canada:

Chantal Bernier, Assistant Deputy Minister, Socio-economic Development Policy and Programs;

Terry Harrison, Director, Social Services and Justice.

From the Assembly of First Nations:

Elaine Johnston, Director of Health Services.

From the Métis National Council:

Gerald Morin, President.

From the Native Women's Association of Canada:

Michelle Audette, Interim Speaker and President of the Native Women Association of Quebec.

From the Congress of Aboriginal Peoples:

Scott Clark, President, United Native Nations.

(Continued on preceding page)

De Santé Canada:

Ian Potter, sous-ministre adjoint, Direction générale des Premières nations et des Inuits;

Jérôme Berthelette, conseiller spécial, Bureau du conseiller spécial en matière de santé des Autochtones, Direction générale des Premières nations et Inuits;

Dr Peter Cooney, directeur général intérimaire, Services de santé non assurés.

Des Affaires indiennes et du Nord Canada:

Chantal Bernier, sous-ministre adjointe, Programmes et politiques socio-économiques;

Terry Harrison, directrice, Services sociaux et justice.

De l'Assemblée des premières nations:

Elaine Johnston, directrice, services de santé.

Du Ralliement national des Métis:

Gerald Morin, président.

De l'Association des femmes autochtones du Canada:

Michelle Audette, présidente intérimaire et présidente des Femmes autochtones du Québec.

Du Congrès des peuples autochtones:

Scott Clark, président, United Native Nations.

(Suite à la page précédente)



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, May 31, 2001

Le jeudi 31 mai 2001

Issue No. 17

Fascicule n° 17

Fifteenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Quinzième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Graham, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator LeBreton substituted for that of the Honourable Senator DeWare (*May 30, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Graham, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur LeBreton est substitué à celui de l'honorable sénateur DeWare (*le 30 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

Thursday, May 31, 2001
(18)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Fairbairn, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson and Roche.

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From Health Canada:

Dr. John Wooton, Special Advisor on Rural Health, Population and Public Health Branch.

From the Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer.

From the Society of Rural Physicians of Canada:

Dr. Peter-Hutten-Czapski, President.

From the Consortium for Rural Health Research:

Dr. Judith Kulig.

The Chairman made a statement.

Dr. Kulig made a statement.

Mr. Tholl made a statement.

Dr. Hutten-Czapski made a statement.

Dr. Wooton made a statement.

The witnesses answered questions.

At 12:42 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

Le jeudi 31 mai 2001
(18)

[Translation]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 05, dans la salle 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Fairbairn, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Robertson et Roche.

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

De Santé Canada:

Dr John Wooton, conseiller spécial en santé rurale, Direction générale de la population et de la santé publique.

De l'Association médicale canadienne:

William Tholl, secrétaire général et président-directeur général.

De la Société de la médecine rurale du Canada:

Dr Peter-Hutten-Czapski, président.

De la Consortium for Rural Health Research:

Dre Judith Kulig.

Le président prononce un mot de bienvenue.

Mme Kulig fait un exposé.

M. Tholl fait un exposé.

M. Hutten-Czapski fait un exposé.

M. Wooton fait un exposé.

Les témoins répondent ensuite aux questions.

À 12 h 42, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, May 31, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Senators, I call the meeting to order. In this session we want to try to understand some of the unique problems of providing health care services in rural Canada. Our witnesses today are from the Consortium for Rural Health Research, the Canadian Medical Association, the Society of Rural Physicians of Canada and Health Canada.

We will begin with Dr. Judith Kulig.

Dr. Kulig, may I ask you to just hit the highlights so that we will have time for a discussion? Given the number of hearings we have had, I think you will find that the knowledge base of the committee is pretty good.

Dr. Judith Kulig, Consortium for Rural Health Research: It is a challenge to speak of the health of rural Canadians in this country, given that we have only recently been able to differentiate more easily between terms such as "rural," "remote" and "isolated." I would also like to caution you about the diversity of our population, given the First Nations and Inuit groups, the multi-cultural groups and the numbers of mainstream Canadians. As well, the adequacy of information on the health status of rural residents is very poor, given the number of years that we have had research funding available to us.

In general, we know that in some areas of rural Canada there are shorter life expectancies, higher death rates and higher infant mortality rates. We know that there are high infertility rates in some areas of this country and a disproportionate rate of young to old. We also know that the patterns of health of rural Canadians are very much linked to employment within rural Canada. I refer to lung cancer rates, for example, among certain miners and so on.

Environmental health issues are increasingly a concern, given practices such as intensive feedlots and their impact on health. I am from the area known as "feedlot alley" within which there is an ongoing study of water quality due to the concerns arising from that.

Unfortunately, reports available to us such as "How Healthy Are Canadians?" and the recent report by Canadian Institute for Health Information, CIHI, failed to consider the health status of rural residents in particular.

With regard to the health of rural women, once again reports available to us tend not to analyze health status by gender. However, in Canada, we do have some federally-funded centres of

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 31 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 11 h 05 pour examiner la situation du système de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Sénateurs, je déclare la séance ouverte. Nous allons essayer de comprendre certains des problèmes particuliers que pose la fourniture de services de soins de santé dans les zones rurales du Canada. Nos témoins viennent aujourd'hui du Consortium for Rural Health Research, de l'Association médicale canadienne, de la Société de la médecine rurale au Canada et de Santé Canada.

Nous commencerons par la Dre Judith Kulig.

Docteure Kulig, puis-je vous demander de ne présenter que les grandes lignes de votre mémoire de façon à ce que nous puissions avoir le temps d'en discuter? Étant donné le nombre d'audiences que nous avons tenues, vous allez voir que le comité en sait beaucoup sur la question.

Dre Judith Kulig, Consortium for Rural Health Research: C'est un défi de parler de la santé en milieu rural au Canada, étant donné que ce n'est que tout récemment que nous avons pu mieux faire la distinction entre des termes comme «rural», «éloigné» et «isolé». Je voudrais aussi faire une mise en garde au sujet de la diversité de notre population, du fait de la présence des Premières nations et des Inuits, des groupes multiculturels et des autres Canadiens. En outre, nous ne disposons pas de très bons renseignements sur la santé des habitants des zones rurales vu qu'il n'y a pas longtemps que des fonds nous ont été alloués pour effectuer des recherches à ce sujet.

En général, nous savons que, dans certaines zones rurales du Canada, l'espérance de vie est plus courte, les décès plus nombreux et le taux de mortalité infantile plus élevé. Nous savons que le taux d'infécondité est élevé dans certaines régions du pays et que le rapport jeunes-vieux y est déséquilibré. Nous savons aussi que l'état de santé des Canadiens dans les zones rurales est grandement fonction de leur travail. Je pense en particulier, par exemple, au taux de cancer du poumon chez les mineurs.

Les questions de santé environnementale sont de plus en plus préoccupantes, étant donné le recours à des pratiques comme l'élevage intensif en parcs d'engraissement et ses effets sur la santé. Je viens d'un endroit que l'on surnomme le «corridor de l'engraissement», et on y surveille de façon permanente la qualité de l'eau.

Malheureusement, les rapports dont nous disposons, comme le rapport intitulé «Quel est l'état de santé des Canadiens» et le récent rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, n'abordent pas en particulier la question de la santé des habitants des zones rurales.

En ce qui concerne la santé des femmes dans ces régions, là encore les rapports que nous avons n'analysent pas la santé de la population selon le sexe. Cependant, nous avons au Canada des

excellence in rural health. One of these, the Prairie Women's Health Centre of Excellence, has explored health-related impacts of the erosion of agriculturally-focused support groups in Saskatchewan on farm women. The study confirmed that farm women support programs have lost funding at both the provincial and federal levels. This has meant a decreased opportunity for farm women to voice their concerns and opinions about the stresses of farm life. The women are less able to be involved in policy making, including health policy. In general, they have decreased social support to deal with stressful lives.

The report from the Prairie Women's Health Centre of Excellence emphasized that women are seen as invisible. The centre did a second report analyzing health planning in Manitoba and Saskatchewan to ascertain whether gender was considered in the process. To ensure inclusivity, health regions that included both northern and southern ends of the provinces were considered and, therefore, both urban and rural areas. It was found that gender was not considered a variable in developing health plans for those provinces. In fact, there was little sex-segregated data available, in part, due to the lack of funds to obtain such databases from Statistics Canada and, in part, due to provincial health departments not offering to pay for such databases.

In addressing the health of rural residents we have tended not to focus on rural communities as collectives, but this is becoming more interesting to individuals in general. Certainly, it is theoretically and methodologically difficult to achieve, but there are a number of ongoing projects that do this. The Canadian Federation of Agriculture and the Federation of Canadian Municipalities developed community health for both small and rural communities. The Rural Development Institute at Brandon University is developing rural health indicators that will be used with rural communities to help them assess their communities' health as collectives. Projects such as these add to our understanding of health from a community perspective, but they also raise the expectations of residents that the health system will be able to address health in this new way. Rural residents desire input into the policies and services to ensure that that is the case.

With regard to health service and professionals, we are all aware of the pending shortages of nurses in Canada. We be short approximately 120,000 nurses within the next eight to 10 years. Recruitment and retention of physicians in rural areas has been a longstanding issue. A study by Ng et al. looked at the availability of physicians and found that in remote northern communities more than two-thirds of the population lives more than 100 kilometres from a physician. A more recent study done

centres d'excellence pour la santé en milieu rural, qui sont financés par le fédéral. L'un d'entre eux, le Prairie Women's Health Centre of Excellence (Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies), a exploré les effets de l'érosion des groupes d'appui de la population agricole sur la santé des femmes. L'étude a confirmé que les programmes d'appui aux agricultrices ne sont plus financés aux niveaux aussi bien provincial que fédéral. Les agricultrices ont donc moins la possibilité d'exprimer leurs préoccupations et leurs points de vue au sujet du stress de la vie dans une ferme. Les femmes sont moins en mesure de participer à la formulation de politiques, y compris en matière de santé. En général, elles ont perdu une partie de l'appui social dont elles ont besoin pour surmonter leur stress.

Le rapport du Centre d'excellence pour la santé des femmes des Prairies met l'accent sur le fait que l'on ne fait aucun cas des femmes. Le Centre a produit un deuxième rapport, qui analyse la planification en matière de santé au Manitoba et en Saskatchewan pour vérifier s'il y avait été tenu compte de la situation des hommes et des femmes. Pour que l'étude soit complète, on a pris en considération les régions sanitaires des parties nord et sud des provinces et donc les zones aussi bien urbaines que rurales. On a constaté qu'il n'avait pas été fait de distinction entre les hommes et les femmes dans l'établissement des plans de santé de ces provinces. En fait, il existait peu de données distinctes sur les hommes et les femmes en partie parce qu'on manquait des fonds nécessaires pour obtenir ces bases de données auprès de Statistique Canada et, en partie, parce que les ministères provinciaux de la santé n'ont pas proposé de payer pour l'acquisition de ces bases.

Lorsque nous nous sommes penchés sur la question de la santé des habitants des zones rurales, nous n'avons pas mis l'accent sur les collectivités rurales en tant que telles. Nous nous sommes plutôt intéressés d'une façon générale aux particuliers. Bien sûr, une telle démarche est plus difficile à réaliser sur les plans théoriques et méthodologiques, mais c'est ce que l'on fait dans un certain nombre de projets actuels. La Fédération canadienne de l'agriculture et la Fédération canadienne des municipalités ont mis au point des plans de santé communautaire pour les petites collectivités ainsi que pour les collectivités rurales. Le Rural Development Institute (Institut de développement rural) de l'Université de Brandon est en train de créer des indicateurs qui seront utilisés pour les collectivités rurales afin de les aider à évaluer la santé de leur population dans son ensemble. De tels projets nous permettent de mieux comprendre la question de la santé d'un point de vue communautaire, mais il s'ensuit que la population s'attend davantage à ce que le système de santé permette d'aborder la question de la santé sous ce nouvel angle. Les ruraux désirent à cet effet avoir leur mot à dire dans l'élaboration des politiques et la fourniture des services.

Pour ce qui est des services et des professionnels de la santé, nous savons tous que le Canada va faire face à une pénurie d'infirmières. Il nous manquera 120 000 infirmières environ d'ici les huit à dix prochaines années. Il y a longtemps, par ailleurs, que l'on se demande comment attirer et retenir des médecins dans les zones rurales. Dans une étude, Ng et al. ont examiné la question de l'accès aux médecins et ils ont découvert que dans les collectivités éloignées du Nord, plus des deux tiers de la

by Pong and Pitblado found that distances to physicians for rural residents are actually increasing.

Centralization of health services has led to rural residents driving greater distances to receive care. In Alberta, there is a special program in one of the health authorities, called a nurse responder program, to deal with this situation. In that program there are four registered nurses — pairs, each living in two different farming communities — who received additional emergency preparation to serve in those roles. They also work as nurses at the local public health units. The residents for whom the program was developed are a minimum of 30 minutes away from the nearest ambulance. The home telephone numbers of the nurse responders are provided to the residents. The nurse responders share 24-hour call and are contacted by the families directly for a number of emergencies, including heart attacks. The nurses assess the situation over the phone, advise the caller to call 911 when necessary, go to the home to provide care and wait for the ambulance to arrive. In this way, the unwell individual gets medical attention sooner and the Evaluation Management Team, EMT, is assured of knowing which farm to go to.

Recruitment and retention of qualified health professionals continues to be a challenge. We are aware of the medical schools that have responded with the creation of special programs. There is, however, little specific data for registered nurses in similar settings.

A recently funded national study will examine the practice of nursing in rural and remote Canada and will provide the most complete information on this topic. This integrated study will include a survey of almost 6,000 rural and remote registered nurses, practice narratives of nurses working in such settings, a secondary analysis of the Registered Nurses Database in terms of rural dimensions and a documentary analysis of reports that impact on the practice of rural and remote nurses. This study will have interim reports available starting this fall.

Tele-health is a very positive part of providing health care to rural residents of our country. One example is the Labrador tele-medicine project which assisted nurses in isolated areas to transmit images to physicians at different locations, thereby decreasing the overall cost to the health system by \$20,000 and by \$8,000 to patients due to the decreased number of evacuations.

Many gaps remain as research on the topic of rural health and, therefore, information on it are in their infancy. To that end, in 1999 the Rural Health Research Consortium was created to build capacity in research endeavours related to health in rural and remote areas. Some of the activities we have undertaken include developing an inventory of rural health researchers in Canada and

population vit à plus de 100 kilomètres d'un médecin. Une étude plus récente effectuée par Pong et Pitblado montre que la distance entre les ruraux et leurs médecins est en fait en train d'augmenter.

Du fait de la centralisation des services de santé, les ruraux doivent parcourir en voiture une plus grande distance pour recevoir des soins. Il existe en Alberta, dans un organisme de santé, un programme spécial, le programme d'intervention des infirmières, pour faire face à une telle situation. Dans ce programme, il y a quatre paires d'infirmières, vivant chacune dans deux collectivités agricoles différentes — qui ont reçu une formation supplémentaire pour intervenir en cas d'urgence. Elles travaillent aussi comme infirmières dans les unités de santé publique locales. Les personnes pour lesquelles ce programme a été conçu vivent à un minimum de 30 minutes de l'ambulance la plus proche. Le numéro de téléphone privé des infirmières d'intervention est communiqué aux habitants. Elles peuvent être appelées 24 heures sur 24 et se partagent la permanence. Elles sont contactées directement par les familles dans un certain nombre de situations d'urgence, dont des crises cardiaques. Les infirmières évaluent la situation au téléphone, conseillent à la personne qui appelle de faire le 911 le cas échéant, se rendent chez le patient pour donner des soins et attendent l'arrivée de l'ambulance. De cette façon, le malade est pris en charge plus tôt, et l'Équipe de gestion de l'évaluation, l'EGE, sait dans quelle ferme se rendre.

Recruter et retenir des professionnels qualifiés de la santé continue à être un défi. Nous savons que des écoles de médecine ont réagi en créant des programmes spéciaux. Il n'existe cependant que peu de données précises sur les infirmières dans des situations semblables.

Une étude nationale pour laquelle des fonds ont été récemment alloués va examiner la fonction d'infirmière en milieu rural ou éloigné et fournir les renseignements les plus complets sur ce sujet. Cette étude intégrée comprendra une enquête réalisée auprès de presque 6 000 infirmières évoluant en milieu rural ou éloigné, des exposés sur leurs activités professionnelles faits par des infirmières travaillant dans ce milieu, une analyse secondaire de la Base de données sur les infirmières portant sur le secteur rural et une analyse documentaire de rapports qui influent sur les activités professionnelles des infirmières en milieu rural ou éloigné. Des rapports provisoires sur cette étude seront publiés à compter de cet automne.

La télémédecine est un élément très positif de la prestation de soins aux populations rurales de notre pays. On trouve ainsi au Labrador un projet de télémédecine qui a permis à des infirmières établies dans des régions isolées de transmettre des images à des médecins situés à différents endroits, ce qui a réduit le coût total de 20 000\$ pour le système de santé et de 8 000\$ pour les patients du fait de la diminution du nombre d'évacuations.

Il reste de nombreuses lacunes car la recherche sur la santé rurale en est à ses premiers balbutiements, et l'on a donc très peu de renseignements à ce sujet. À cet effet, le Rural Health Research Consortium a été créé en 1999 pour accroître la recherche sur la santé en milieu rural ou éloigné. Parmi les activités que nous avons entreprises, on trouve la constitution d'un inventaire des

identifying the universities in Canada that provide educational preparation for a career in rural health and rural health research.

The individuals within the consortium are all involved in research projects that address rural health issues. We are proposing an integrated study entitled "The Canada Rural and Remote Health Study," the ultimate goal of which would be to improve the health of such Canadians. The study would involve researchers who are members of the consortium conducting individual studies in various parts of Canada in order to collect data that would more fully depict the health status, health determinants and health services utilization of rural residents. A second proposed study will also involve the consortium as well as other partners across the country. This study will examine the patterns of health, disease and health service utilization by comparing urban and rural Canada and presenting the information in a user-friendly atlas format.

In terms of recommendations, rural health is certainly a complicated issue and I applaud the Honourable Allan Rock for creating the Office of Rural Health. However, not enough rural health professionals and rural residents are aware of its existence. My first recommendation is, therefore, to invest time and effort in rectifying this situation.

The Rural and Remote Health Innovations Initiative, at both the federal and provincial levels, provided funding for a number of interesting rural health projects. My second recommendation is to continue such funding opportunities on a regular basis.

Throughout my presentation I noted that there are significant gaps in our understanding of rural health status in Canada. My third recommendation is to further our understanding of the health status of rural women, men and communities through strategic calls for research.

A notation was made of the efforts of the Rural Health Research Consortium and our attempts to seek funding for studies on the health of rural and remote residents. My fourth recommendation is to further reinforce, to the Canadian Institutes of Health Research, CIHR, the importance of funding projects that also address the health of rural residents.

At this time the political will is very strong to address the health needs of rural residents. Given that I do research with rural residents on a regular basis, their renewed interest and hope in rural life means that they are more than willing to act as partners with you.

Mr. William Tholl, Secretary General and Chief Executive Officer, Canadian Medical Association: I will get immediately to the heart of our brief and focus on essentially two elements. The Canadian Medical Association has done two studies about physicians who have worked or are working in rural and remote

chercheurs dans le domaine de la santé rurale au Canada et d'une liste des universités canadiennes qui forment des chercheurs dans ce même domaine.

Les membres du consortium participent tous à des projets de recherche sur des questions de santé rurale. Nous proposons la réalisation d'une étude intégrée intitulée «Étude sur la santé des Canadiens vivant en milieu rural ou éloigné», dont l'objectif ultime sera de permettre aux Canadiens d'être en meilleure santé. Cette étude réunira des chercheurs membres du consortium, qui recueilleront individuellement dans diverses parties du Canada des données reflétant plus complètement l'état de santé des ruraux, les déterminants de leur santé et l'utilisation qu'ils font des services de santé. Dans une seconde étude envisagée, les membres du consortium travailleront avec des partenaires de tout le pays. Cette étude examinera le profil de la santé, des maladies et de l'utilisation des services de santé en comparant les zones urbaines et rurales du Canada et en présentant l'information sous la forme d'un atlas facile à consulter.

En ce qui concerne les recommandations, je dirai que la santé rurale est certainement une question compliquée, et je félicite M. Allan Rock d'avoir créé le Bureau de la santé rurale. Cependant, son existence n'est pas suffisamment connue par les professionnels de la santé rurale et les ruraux. Ma première recommandation est donc de tout faire pour corriger cette situation.

L'Initiative en matière d'innovations pour la santé en milieu rural ou éloigné, aux niveaux aussi bien fédéral que provincial, a permis le financement d'un certain nombre d'intéressants projets de santé rurale. Ma deuxième recommandation est de poursuivre ce financement de façon régulière.

Dans tout mon exposé, j'ai fait remarquer qu'il y avait d'importantes lacunes dans notre compréhension de la situation de la santé rurale au Canada. Ma troisième recommandation est de chercher à mieux comprendre la situation de la santé rurale, qu'il s'agisse des femmes, des hommes ou des collectivités, en sollicitant la réalisation de travaux de recherche.

On a noté les efforts du Rural Health Research Consortium et les tentatives que nous avons faites pour trouver des fonds destinés à des études sur la santé des habitants des zones rurales et éloignées. Ma quatrième recommandation est d'accorder encore plus d'importance, au sein des Instituts canadiens de recherche sur la santé, les ICRS, au financement de projets portant aussi sur la santé des ruraux.

À l'heure actuelle, il y a une très forte volonté politique de se pencher sur les besoins des ruraux en matière de santé. Étant donné que je fais régulièrement de la recherche avec les ruraux, je peux vous dire qu'ils ont un intérêt renouvelé pour la vie rurale, dans laquelle ils placent de nouveaux espoirs, et cet état de choses signifie qu'ils sont on ne peut plus désireux de travailler en collaboration avec vous.

M. William Tholl, secrétaire général et président-directeur général de l'Association médicale canadienne: J'irai directement à l'essentiel de notre mémoire et je mettrai principalement l'accent sur deux éléments. L'Association médicale canadienne a effectué deux études sur les médecins qui

areas and in particular what factors influenced their decisions to locate in rural and remote areas and their decisions to stay or leave. The first study was done about 10 years ago. It was headed by a physician from Newfoundland and former Associate Dean of Memorial University, Dr. Harry Edstrom. I will summarize some of the early findings from that first survey and then supplement that with a survey that the CMA did in 2000.

We will then be en route to the second focus, which is a set of five specific recommendations that we have for the consideration of this committee. After that, I would be happy to answer any questions.

With that as the objective, I will begin by making observations in accordance with the 1991 survey, which I believe, Mr. Chairman, is attached to the more detailed brief if committee members wish to follow the bar charts there. We essentially considered 500 doctors who, between 1986 and 1990, left rural and remote areas defined to be populations centres of 10,000 or less. We randomly digitized them to determine some of the factors and characteristic that might have been important in terms of decisions to leave. We also interviewed 500 physicians who stayed in those areas between 1986 and 1990.

We asked both groups a series of questions about what was important in terms of their initial decisions to locate in the rural and remote parts of Canada. The answers were fairly interesting. They are summarized for you in the first of the bar charts.

Committee members will be interested to know the determinants were personal factors. A desire to locate their practice in a rural or remote area was factor number one, 53 per cent. Spousal considerations, children, recreation and community size were popular reasons. Notice where financial incentives are in terms of initial decisions to locate in rural and remote locations. That ranks seventh down the list.

When asked about importance of selected professional considerations and the decision to move, work hours, professional back-up, additional training, speciality support services and hospital services, again, earning potential ranked well down the list in terms of decisions of a professional nature for why one would want to locate in a rural and remote practice.

The third item deals with responses of those 500 doctors who chose to move from a rural or remote area to a more urban area. The factors that were considered most important were children's education, recreation, spousal job opportunities, cultural opportunities and decision to retire. Interestingly, if you ask those 500 physicians who left rural or remote areas what factors or things would have prompted them to have stayed, the list includes additional colleagues — parenthetically, professional burnout — and locum temens — parenthetically, professional burnout — were amongst the most common factors. Opportunities for group practice, not wanting to work on their own, and, access to

ont travaillé ou qui travaillent encore en milieu rural ou éloigné et, en particulier, sur les facteurs qui les ont poussés à s'installer dans des zones rurales ou éloignées et sur ceux qui les ont incités à rester ou à partir. La première étude a été réalisée il y a une dizaine d'années. Elle était dirigée par un médecin de Terre-Neuve, ancien doyen associé de l'université Memorial, le Dr Harry Edstrom. Je vais vous résumer un certain nombre des résultats issus de cette première étude et je les compléterai avec ceux d'une enquête faite par l'AMC en l'an 2000.

Je vous parlerai ensuite du deuxième élément, qui est un ensemble de cinq recommandations précises que nous voulons soumettre à votre comité. Ensuite, je serai prêt à répondre à vos questions.

M'étant fixé ces objectifs, je vais commencer par faire quelques observations sur l'enquête de 1991, qui, je vous le signale, monsieur le président, est jointe au mémoire, au cas où les membres du comité voudraient suivre sur les diagrammes à barres qui s'y trouvent. Notre étude a porté sur 500 médecins qui, entre 1986 et 1990, ont quitté des zones rurales ou éloignées, c'est-à-dire des centres de population d'un maximum de 10 000 habitants. Nous les avons numérisés au hasard pour déterminer un certain nombre de facteurs et de caractéristiques qui auraient pu jouer un rôle important dans leur décision de partir. Nous avons aussi interviewé 500 médecins qui sont demeurés dans ces zones entre 1986 et 1990.

Nous avons posé aux deux groupes une série de questions sur les éléments importants qui les ont décidés à s'installer dans une zone rurale ou éloignée du Canada. Les réponses ont été assez intéressantes. Nous les avons résumées pour vous dans le premier des diagrammes à barres.

Les membres du comité seront intéressés d'apprendre que les déterminants étaient des facteurs personnels. Le désir d'installer leur cabinet dans une zone rurale ou éloignée est le facteur numéro un, 53 p. 100. On trouve souvent également des considérations d'ordre matrimonial, les enfants, les loisirs et la taille de la collectivité. Remarquez où se situent les stimulants financiers dans la liste des éléments qui ont décidé les médecins à s'installer dans des zones rurales ou éloignées. Ils sont au septième rang.

Interrogés sur l'importance de certains éléments professionnels dans la décision de s'installer dans une zone rurale ou éloignée — heures de travail, remplaçants, formation supplémentaire, services spécialisés et services hospitaliers — les médecins ont placé, là encore, l'aspect financier en bas de liste.

Le troisième élément concerne les réponses des 500 médecins qui ont décidé de passer d'une zone rurale ou éloignée à une zone urbaine. Les facteurs qui ont été considérés comme les plus importants sont l'éducation des enfants, les loisirs, les possibilités d'emploi pour le conjoint, la vie culturelle et la retraite. Chose intéressante, si vous demandez à ces 500 médecins qui ont quitté une zone rurale ou éloignée quels sont les facteurs qui les auraient incités à rester, ils mentionnent le plus souvent le fait d'avoir des collègues, l'épuisement professionnel et les remplaçants. Ils indiquent aussi presque tous la possibilité d'exercer en équipe, le désir de ne pas travailler seuls et l'accès à des services spécialisés.

speciality services are aspects that seem to run throughout. I think that other witnesses will deal with those items. There are some interesting new ways that one might address that in a virtual sense through tele-medicine and other means.

Alternative compensation — notice that is not level of compensation, but alternatives to compensation — was a factor for leaving rural or remote areas. I will come back to that as well.

There are interesting lessons Mr. Chairman, to learn by asking physicians why they left and why they stayed. In summary, many of the instrumentations that have been used provincially are largely to do with financial sticks and carrots. They do not have much to do with some these other major aspects of the decision to leave or to stay.

The more recent survey, which we can make available in detail to committee members, the 2000 survey, did not get into the detail and did not do the kind of stratification that I am describing. It is my intent and the CMA's intent to do that again because it would be useful. The survey that we did most recently used this series of questions to track over time. We found that basically, in a nutshell, personal factors, those things that were important for physicians in terms of moving to rural and remote areas, have not changed much in terms of satisfaction levels and remain relatively high as personal decision factors over time.

Other factors such as professional burnout, limited access to collegial support and feelings of concern with respect to access to speciality care and services have become profoundly less satisfactory over the last 10 years. This drives home the point that we need to look well beyond the financial instrumentation to find how to address some of these problems.

That leads me to the second to last set of comments I would like to make. There is an interesting study to which I am sure the committee has already been referred. It is the Barer, Wood and Schneider study of May 1999 from the Centre for Health Services and Policy Research. The study is done by someone who seems to have an omnipresent role to play in matters related to physician planning and management, Dr. Morris Barer. He is now the scientific director for the Institute for Health Services and Policy Research within the CIHR complex. Dr. Barer seems to be a part of this continuum about which we are talking.

I would like to quote from the report that he and his colleagues did. The quote is from pages 38 and 39. It helps to provide the context for our five recommendations. It states:

While all regions of the country have some policies in place intended to improve access to medical services in rural and remote areas, there appears to be virtually nothing of a "pan-Canadian" nature in place. This is undoubtedly in large measure due to the fact that "health" is, constitutionally, a provincial/territorial matter. As a result, there are relatively few policies levers held at the federal level —

Je pense que d'autres témoins traiteront de ces questions. Il existe de nouvelles façons intéressantes de les aborder, comme la télé-médecine, par exemple.

L'accès à d'autres formes de rémunération — remarquez qu'il ne s'agit pas de niveau de rémunération, mais d'autres formes de rémunération — a été un facteur qui a poussé les médecins à quitter des zones rurales ou éloignées. J'y reviendrai également.

Il y a d'intéressantes leçons à apprendre, monsieur le président, en demandant aux médecins pourquoi ils sont partis ou pourquoi ils sont restés. En résumé, on peut dire qu'au niveau provincial, on a largement fait usage d'incitatifs financiers. Mais ils n'ont pas grand-chose à voir avec certains des principaux autres éléments qui sont à la base de la décision de partir ou de rester.

La toute dernière enquête, celle de l'an 2000, dont nous pouvons communiquer les résultats détaillés aux membres du comité, n'est pas entrée dans le détail et n'a pas procédé au type de stratification dont je vous parle. J'ai l'intention, et l'AMC a l'intention, de refaire une enquête car elle serait utile. Dans la toute dernière enquête que nous avons réalisée, nous avons utilisé cette série de questions pour voir comment les choses avaient évolué. Nous avons découvert que, fondamentalement, les facteurs personnels, ces éléments qui ont poussé les médecins à s'installer dans des zones rurales ou éloignées, n'avaient pas beaucoup changé sur le plan de la satisfaction qu'ils apportaient aux médecins, et ils continuaient à occuper un rang relativement élevé.

D'autres facteurs, comme l'épuisement professionnel, un contact limité avec des collègues, des inquiétudes concernant l'accès à des services spécialisés, ont conduit les médecins à ressentir une plus grande insatisfaction au cours des 10 dernières années. Cela montre clairement qu'il faut voir bien au-delà des aspects financiers pour trouver la façon de s'attaquer à certains de ces problèmes.

Cela m'amène à l'avant-dernière série d'observations que je voudrais faire. Il existe une étude intéressante dont le comité a certainement entendu parler. C'est l'étude réalisée en mai 1999 par Barer, Wood et Schneider, du Centre des services et des politiques de la santé. Elle a été effectuée par quelqu'un qui semble être omniprésent dans les questions de planification et de gestion en ce qui concerne les médecins, le Dr Morris Barer. Il est actuellement le directeur scientifique de l'Institut des services et des politiques de la santé au sein des IRSC. Le Dr Barer semble faire partie de ce continuum dont nous parlons.

J'aimerais vous citer un passage du rapport que ses collègues et lui-même ont rédigé. Ce passage, qui se trouve aux pages 38 et 39, fournit un contexte à nos cinq recommandations. Il dit:

Bien que toutes les régions du pays aient des politiques destinées à améliorer l'accès aux services médicaux dans les régions rurales ou éloignées, il semble n'y avoir pratiquement rien au niveau pancanadien. Cela est sans aucun doute dû dans une large mesure au fait que la santé est, constitutionnellement, du ressort des provinces et des territoires. De ce fait, il n'existe au niveau fédéral qu'un nombre relativement peu élevé de leviers en matière de politiques...

I will shortly articulate five of those areas, including immigration policy.

Less immediately explicable is the vacuum in "national" (as distinguished from, "federal") policy. There are some processes in place (and some have been in place for decades).

From my time at Health Canada, I can tell you that they have been around for many decades.

All jurisdictions share approaches and policy ideas through fora such as the federal/provincial/territorial Advisory Committee on Health Human Resources, and the National Coordinating Committee on Post-graduate Medical Training; sadly, any cross-national ideas emerging from the deliberations of these committees must return home to face the realities of limited policy levers (e.g. over decisions taken within the black boxes of academic health centres), the local political music, or both; more often than not they get drowned out.

Despite best efforts and despite the existence of all these tables, the reality is that the decisions are taken at different places.

We may want to discuss the challenges of post MD training as it is important to the whole matter of rural and remote practice. The National Coordinating Committee on Post-graduate Medical Training, NCCPMT, with which I have been involved in the past, has been a singular failure precisely because the decisions are taken at a different table.

In sum, Barer and colleagues are attempting to say that we have a vacuum with respect to national planning. That vacuum needs to be filled. The CMA does not think that we can continue simply to look to the provinces to solve the problem independently.

That leads me to five areas that we would like to suggest deserve further consideration in terms of the federal leadership role in this arena. I begin by commending, as did my colleague, the efforts of Minister Rock in establishing the Office of Rural and Remote Services. However, we think that is necessary but not sufficient. We need to go beyond that. We would like to see more dedicated resources. We would like more access within Health Canada, being taken more seriously by the bureaucracy of Health Canada, being taken seriously in relation to the initiatives on the Human Resources Development area in terms of sector studies.

In particular, speaking to the second of our five points, as it relates to evaluation, we would like to have an important clearinghouse role for all this information. All of the studies that you will hear about today should be in one place with someone considering them in a sensible way and in a way that transmits key learning.

The federal government has a constitutional responsibility in the area of rural and remote service. It is there and it has been there forever. It is particularly germane with respect to Aboriginal peoples. There are some valuable lessons, from an evaluation point of view, to be learned. For example, there is important work

Je vais dans quelques instants vous parler de cinq de ces secteurs, dont la politique d'immigration.

On s'explique moins facilement l'absence d'une politique nationale (par rapport à fédérale). Certains processus existent (et existent depuis des décennies)

Ayant travaillé à Santé Canada, je peux vous dire qu'elles existent depuis de nombreuses décennies.

Toutes les provinces et tous les territoires partagent des approches et des idées stratégiques dans le cadre de tribunes comme le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial des ressources humaines en santé et le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale; malheureusement, les idées à caractère national issues des délibérations de ces comités doivent revenir au niveau provincial/territorial, où elles font face au nombre limité de leviers en matière de politiques (par ex., pour ce qui est des décisions prises «à l'aveugle» dans les centres universitaires de santé), aux considérations politiques locales, ou aux deux; la plupart du temps elles s'envolent en fumée.

Malgré tous les efforts effectués et l'existence de tous ces comités, la réalité est que les décisions sont prises à différents endroits.

Nous pourrions vouloir discuter des défis que pose la formation postdoctorale car elle est importante pour toute la question de l'exercice de la profession dans les zones rurales ou éloignées. Le Comité national de coordination de la formation médicale postdoctorale, le CNCFMP, dont j'ai fait partie, a connu un échec total précisément parce que les décisions étaient prises ailleurs.

En résumé, ce que Barer et ses collègues essaient de dire, c'est qu'il existe un vide en matière de planification nationale. Ce vide doit être comblé. L'AMC ne pense pas que nous devrions nous contenter de regarder les provinces résoudre seules le problème.

Cela m'amène à parler de cinq secteurs dans lesquels, d'après nous, le fédéral devrait jouer un rôle de leader. J'aimerais tout d'abord, comme l'a fait mon collègue, féliciter le ministre, M. Rock, qui a créé le Bureau des services de santé en milieu rural ou éloigné. Nous estimons cependant que cela est nécessaire mais pas suffisant. Il faut aller plus loin. Nous aimerions que plus de ressources soient disponibles. Nous aimerions un plus grand accès aux services de Santé Canada, que ce ministère nous prenne plus au sérieux, que l'on nous prenne au sérieux pour ce qui est des études sectorielles dans le domaine du développement des ressources humaines.

En particulier, en ce qui concerne le deuxième de nos cinq points, qui porte sur l'évaluation, nous aimerions jouer un rôle important de plaque tournante pour tous ces renseignements. Toutes les études dont vous entendrez parler aujourd'hui doivent se retrouver en un seul endroit, où quelqu'un les examinera pour diffuser ce qu'elles contiennent d'essentiel.

Le gouvernement fédéral a une responsabilité constitutionnelle dans le secteur des services de santé en milieu rural ou éloigné. Cette responsabilité existe et a toujours existé. Elle s'applique en particulier dans le cas des peuples autochtones. Il y a là d'importantes leçons à tirer sur le plan de l'évaluation. Il existe,

that is done between physicians and outpost nurses that deserves ongoing and closer examination, in our view.

There is the entire area of immigration. In order to meet the short-term health care needs of Canadians, through Bill C-11, the federal government is moving to develop an immigration policy that is friendly toward qualified international medical graduates. It is important, as we look to meet short-term needs in places like my home province, Saskatchewan, to ensure that the immigration policies, as they unfold in the wake Bill C-11, do not throw the baby out with the bath water. We must continue to ensure accreditation standards for people who apply to come into Canada to be physicians. We do not want to give them false expectations. They may be accredited in some other country but may have difficulty meeting our accreditation standards. That is the one side of the equation. The flip side is to ensure that when folks come to practise in rural and remote Saskatchewan that, again, they are not led to have false hopes about easy access or entry to other parts of Canada. I believe that is all in the context of the regulatory provisions pursuant to Bill C-11. All of that is in the context of an overall policy of self-sufficiency for Canada.

In relation to planning, there is no question that Canada needs a national health human resources plan. I have spoken to the issue about what stands in the way. I would advise you to examine strictly the federal-provincial advisory committee structure to do that. We believe that there must be an overarching approach and we believe that rural and remote health has an important role to play as part of that overall national planning effort.

Again, we think that the Office of Rural Health must be given adequate support and funding to carry out a comprehensive workforce needs assessment for rural and remote services. We see that being done, in part, through the sector studies that are currently being funded through Human Resources Development Canada.

Parenthetically, Mr. Chairman, it is interesting to observe that much of this planning activity is being funded through the HRDC side of the equation — in a very interesting juxtaposition relative to the Minister of Health, who is responsible for such things. That is to say there are many challenges in terms of creating a bridge between HRDC and Health Canada.

Finally, there is the subject of funding. We believe that there are at least two precedents that this committee might want to take into account as one looks prospectively into what to do in this arena. The first is the 1966 Health Resources Fund Act. When we introduced medicare there was a similar concern about getting physicians in the right places doing the right things with the right tools. The response at that time was to create a \$500 million, five-year program to create four new medical schools, create training programs, increase capacity and increase the capacity to

par exemple, une importante collaboration entre les médecins et les infirmières qui travaillent dans des zones éloignées, et elle mérite, à notre avis, qu'on s'y intéresse constamment et de façon plus approfondie.

Il y a tout le secteur de l'immigration. Afin de satisfaire les besoins à court terme des Canadiens en matière de soins de santé, le gouvernement fédéral est en train d'élaborer, grâce au projet de loi C-11, une politique d'immigration favorable aux étrangers titulaires d'un diplôme en médecine. Il importe, au moment où nous cherchons à satisfaire les besoins à court terme dans des endroits comme la province d'où je viens, la Saskatchewan, de faire en sorte que les politiques d'immigration qui seront établies après l'adoption du projet de loi C-11, ne fassent pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Nous devons continuer à appliquer des normes d'accréditation pour les médecins qui veulent venir exercer au Canada. Nous ne voulons pas leur donner de faux espoirs. Ils peuvent être accrédités dans d'autres pays mais avoir de la difficulté à atteindre nos normes d'accréditation. C'est là un des termes de l'équation. Dans l'autre terme, il s'agit de faire en sorte que, lorsque des médecins viennent exercer dans des zones rurales ou éloignées de la Saskatchewan, on ne leur fasse pas croire, là encore, qu'ils pourront accéder facilement à d'autres parties du Canada. Je crois que tout cela entre dans le cadre des dispositions réglementaires qui découleront du projet de loi C-11. Tout cela entre dans le cadre d'une politique générale canadienne d'autosuffisance.

Pour ce qui est de la planification, il ne fait aucun doute que le Canada a besoin d'un plan national de ressources humaines en matière de santé. J'ai déjà parlé de ce qui s'opposait à la réalisation de ce plan. Je vous conseillerais à cet effet d'examiner soigneusement la structure du comité consultatif fédéral-provincial. Nous croyons qu'il doit y avoir une approche obligatoire et que les services de santé en milieu rural ou éloigné ont un rôle important à jouer dans le cadre d'une planification nationale.

Une fois encore, nous croyons que le Bureau de la santé rurale doit recevoir une aide et un financement suffisants pour effectuer une évaluation complète des besoins en personnel des services de santé en milieu rural ou éloigné. D'après nous, cela peut être fait, en partie, grâce aux études sectorielles qui sont actuellement financées par Développement des ressources humaines Canada.

Entre parenthèses, monsieur le président, je dirai qu'il est intéressant de constater qu'une grande partie de cette planification est financée par DRHC — dans un très intéressant parallèle avec le ministre de la Santé, qui est responsable pour ce genre de choses. C'est-à-dire que la construction d'un pont entre DRHC et Santé Canada pose de nombreux défis.

Enfin, il y a la question du financement. Je crois qu'il y a au moins deux précédents dont le comité pourrait vouloir tenir compte dans la perspective de ce qu'il y a à faire dans ce domaine. Le premier est la Loi de 1966 sur la Caisse d'aide à la santé. Lorsque nous avons lancé le régime d'assurance-maladie, on s'était également demandé comment placer les médecins aux bons endroits pour faire les bonnes choses avec les bons outils. La réponse à cette époque avait été d'établir un programme quinquennal de 500 millions de dollars pour créer quatre

learn. We believe we are at that same point now in our history and we must strongly consider what can be done along a similar line to address the large and growing issues relating to rural and remote practice in this country.

If it is true to say that there is a federal role to realize national policy objectives with respect to bilingual access available on uniform terms and conditions pursuant to the Canada Health Act, with respect to the two official languages of this country, the second precedent is the federal role in supporting the University of Ottawa as the only bilingual university in this country. We believe there is a similar strong federal role to play with respect to achieving the objective of uniform terms and conditions of access throughout Canada and that there are a variety of means that might be used to achieve that.

In the context of the whole discussion in Ontario about, what yesterday was referred to affectionately as the seventeenth university, "Thunder-Barrie Medical School," and what we can learn, in the context of the deliberations, we met yesterday with the deans of this country to consider how that could transcend Ontario and be instructive nationally. The idea that emerged from that discussion was perhaps a challenge role for the federal government of 50:50 funding with provincial governments, through medical schools, to encourage improved standards of training and retraining in all 16 of Canada's medical schools by building on the experience in Ontario.

I trust that was useful to the committee. I would be pleased to answer your questions.

Dr. Peter Hutten-Czapski, President, Society of Rural Physicians of Canada: Honourable senators, I would like to thank you for asking the Society of Rural Physicians of Canada to present on the state of rural health care.

I will start with the principle of fundamental justice as expressed by Mr. Justice Emmet Hall: "Every citizen in Canada should have equal access to health care regardless of where they live."

This is quite a monumental challenge. Rural Canada has 9 million people and is growing. It is scattered over 10 million square kilometres. The number of physicians serving this population is proportionately under half of that serving those in the cities. When you allow for the additional 348 medical school seats announced subsequent to 1999, including the Northern Ontario Rural Medical School, absolute urban doctor numbers are predicted to increase — in terms of absolute head count, but whether that is enough is another story — but rural doctor numbers will continue to drop, so the gap between urban and rural grows.

Even with an adequate number of doctor trainees, one of the reasons there will be decreased access to rural doctors is that the current educational system produces rural doctors by accident and not by design. Barer and Stoddart pointed out, regarding educational strategies, only a fraction of what could be done in

nouvelles écoles de médecine, élaborer des programmes de formation et accroître les possibilités d'apprendre. Nous croyons que nous en sommes aujourd'hui au même point de notre histoire et que nous devons sérieusement nous pencher sur les problèmes croissants que pose l'exercice de la médecine dans les zones rurales ou éloignées du Canada.

S'il est vrai que le fédéral doit jouer un rôle dans la réalisation des objectifs de la politique nationale pour ce qui est de pouvoir accéder aux services de santé dans les deux langues officielles du pays selon des modalités identiques en vertu de la Loi canadienne sur la santé, le second précédent est l'appui que le fédéral a apporté à l'Université d'Ottawa, qui est la seule université canadienne bilingue. Nous croyons que, de la même façon, le fédéral peut jouer un rôle important pour ce qui est de créer des modalités d'accès identiques dans tout le Canada, et qu'il dispose d'une vaste gamme de moyens pour atteindre cet objectif.

Dans le contexte du débat qui se déroule en Ontario au sujet de ce que l'on a appelé hier affectueusement la dix-septième université, à savoir l'École de médecine de Thunder-Barrie, et de ce que l'on peut apprendre au cours des délibérations, nous avons rencontré hier les doyens canadiens pour voir comment cela pouvait transcender l'Ontario et être instructif pour tout le pays. Il est ressorti de cette discussion que le gouvernement fédéral pourrait sans doute financer les écoles de médecine à parts égales avec les provinces pour encourager la création de meilleures normes de formation et de perfectionnement dans les 16 écoles de médecine du Canada en se fondant sur l'expérience ontarienne.

J'espère que mon exposé aura été utile au comité et je serais heureux de répondre à vos questions.

Dr Peter Hutten-Czapski, président, Société de la médecine rurale du Canada: Honorables sénateurs, je vous remercie d'avoir invité la Société de la médecine rurale du Canada à faire un exposé sur la situation des soins de santé en milieu rural.

Je commencerai en citant le principe de la justice fondamentale exprimé par le juge Emmet Hall: Chaque citoyen du Canada doit avoir un accès égal aux soins de santé quel que soit l'endroit où il vit.

C'est là un immense défi. La population rurale du Canada est de 9 millions d'habitants et elle va en augmentant. Elle est répartie sur plus de 10 millions de kilomètres carrés. Le nombre de médecins desservant cette population est proportionnellement inférieur à la moitié de ceux qui exercent en milieu urbain. Si l'on tient compte des 348 places supplémentaires ouvertes après 1999 dans les écoles de médecine, y compris la Northern Ontario Rural Medical School, on prévoit une augmentation, en chiffres absolus, du nombre de médecins exerçant en milieu urbain — en chiffres absolus, mais rien ne dit que ce sera suffisant — mais le nombre de médecins exerçant en milieu rural continuera à diminuer. On assiste donc à un élargissement de l'écart entre les deux catégories.

Même avec un nombre suffisant d'étudiants en médecine, l'une des raisons pour lesquelles on assistera à une diminution du nombre de médecins exerçant en milieu rural est que le système d'enseignement actuel ne produit ce genre de médecins que par accident et non pas à dessein. Barer et Stoddart ont fait remarquer,

this area is currently being done. Why should we expect it to change by itself?

Another systemic trend is the increasing centralization of hospital services. We must understand that if rural people are forced to travel for care, some will not travel. If they do not travel, they cannot achieve the health outcomes of people who are able or willing to travel. Some will travel, but the delay caused by the travelling or the need to travel will be costly to them. Others will be subject to the hazards of transport or inclement weather. Collectively forcing people to travel long distances for health care, even to a centre of the highest standards, will adversely affect health outcomes.

This is a particular concern for women's health. Studies show that women do poorly if they must travel long distance to give birth. In Saskatchewan, it should be noted, the 1993 closure of 53 rural hospitals was followed by an increase in its perinatal mortality rate. We cannot say that these things are causal, but it is certainly concerning.

The Quebec health survey found that there is a trend towards a progressive deterioration in health as one moves from an area bordering urban centres into the very remote hinterland. As in the brief before you, geographically-based variation of life expectancy in Canada is quite apparent. This illustrates the principle of inverted pyramids of care. Doctors are concentrated where the most healthy people in this country live, and the sickest populations have the least access to health care, so the gap between urban and rural grows.

You can be tempted to supplement physicians with technology — and there is potential here for sure — particularly in those disciplines where the physician does not need to touch the patient: Tele-radiology, tele-psychiatry and tele-dermatology. While there is a huge potential here, we must avoid these cyber snake oil salesmen selling to rural Canada what we do not want or we cannot use.

The table in my brief shows a number and variety of provincial rural incentive programs that were probably inaugurated with the Ontario underserved areas program of 1969. This does not describe the actual programs. It just mentions the date of introduction of the first program in each particular category. You will see the vast majority of dates in this table are in the last five years. To be fair, many doctors do come to rural communities as a result of these incentive programs. The problem is that doctors are not staying. In the smaller communities, doctor turnover is so fast that most cancer patients outlive the tenure of their physician. The gap between urban and rural grows.

en ce qui concerne les stratégies d'enseignement, que l'on ne fait actuellement dans ce domaine qu'une fraction de ce qui pourrait être fait. Pourquoi devrions-nous nous attendre à ce que les choses changent toutes seules?

Il existe une autre tendance systémique, à savoir la centralisation de plus en plus grande des services hospitaliers. Nous devons comprendre que si les ruraux sont obligés de se déplacer pour se faire soigner, certains d'entre eux ne le feront pas. S'ils ne se déplacent pas, ils ne pourront pas atteindre les niveaux de santé de ceux qui acceptent de le faire. Certains vont se déplacer, mais le temps de déplacement leur coûtera cher. Dans d'autres cas, ils seront à la merci des moyens de transport ou du temps. Obliger toute une population à se déplacer sur de longues distances pour recevoir des soins, même s'il s'agit d'aller dans un très bon centre, va affecter son niveau de santé.

C'est particulièrement inquiétant pour les femmes. Des études montrent que les choses ne se passent pas très bien pour les femmes lorsqu'elles doivent effectuer un long déplacement pour accoucher. Il faut noter qu'en Saskatchewan, la fermeture en 1993 de 53 hôpitaux en milieu rural s'est traduite par une augmentation du taux de mortalité périnatale. On ne peut pas dire qu'il y a dans un tel cas une relation de cause à effet, mais la situation est certainement préoccupante.

L'enquête sur la santé au Québec a fait ressortir que la santé tend à se détériorer progressivement au fur et à mesure que l'on s'éloigne de la périphérie des centres urbains pour s'enfoncer profondément dans l'intérieur. Comme le dit le mémoire que vous avez devant vous, la variation géographique de l'espérance de vie au Canada est très nette. Ce phénomène illustre le principe de la pyramide inversée des soins. Les médecins sont concentrés là où vivent les Canadiens dont l'état de santé est le meilleur, et ce sont ceux qui sont malades qui ont le moins accès aux soins de santé. C'est donc ainsi que s'accroît l'écart entre les populations urbaines et les populations rurales.

On peut être tenté de compenser la pénurie de médecins au moyen de la technologie — et il est certain que le potentiel est là — en particulier dans les disciplines où il n'est pas nécessaire que le médecin touche le patient: téléradiologie, télépsychiatrie et télédermatologie. Bien qu'ici le potentiel soit énorme, nous devons éviter cette pseudo-médecine, où l'on vendrait aux zones rurales du Canada ce que nous ne voulons pas ou ne pouvons pas utiliser.

Le tableau de mon mémoire montre divers programmes provinciaux d'encouragement rural, qui ont été probablement lancés en 1969 avec le programme ontarien des services aux régions insuffisamment desservies. Ce tableau ne mentionne pas les programmes actuels. Il donne simplement la date de lancement du premier programme dans chaque catégorie. Vous verrez que la grande majorité des dates qui y figurent se situent dans les cinq dernières années. Pour être juste, il faut reconnaître que de nombreux médecins s'installent dans des collectivités rurales grâce à ces programmes d'encouragement. Le problème, c'est qu'ils n'y restent pas. Dans les petites collectivités, leur taux de roulement est si important que la plupart des personnes atteintes de cancer vivent assez longtemps pour voir le médecin arriver et

The fundamental issue was expressed by David Fletcher, inaugural President of the Society of Rural Physicians of Canada, when he said that we have to make rural health care a job doctors want to do, that lucre alone, without dealing with working conditions, will not be enough. The question arises: What does work?

There are things that do work. Australia is a very interesting example of that. Australia is a country that is roughly two-thirds the size of Canada and has the same kind of high urbanization with a small population scattered literally across millions of square kilometres of land that is difficult to service. I am not saying that Australia has it right. It has a rural-urban gap, but that is shrinking and this is probably by virtue of a couple of things. It has a rural infrastructure driven by the federal government that has placed into every medical school in the country a rural medical curricular reform. A judicious number of incentives for the field have been thrown in, but it is a combination of educational reform and incentive.

In rural Canada there are some models scattered throughout the country where things seem to work. In Newfoundland, most rural doctors are salaried or on contract. In fact, most contract and salaried physicians are in rural Canada. Is this important? Am I advocating for salaries? I am not really as much advocating for salaries as I am pointing out that when you write a contract you make an explicit agreement as to what the working conditions are. This is rather attractive. As mentioned in the CMA talk, working conditions are among the first six most important issues on the doctor's mind when considering whether to locate in one community or another. Furthermore, contract or salaried positions aid in integrating allied health professionals into the existing health care teams.

That brings us to the question of what the "feds" can do. The short answer is: nothing that is easy. The problem is not new and the proposed solutions are not new either. The challenge is to move forward from point A to point B. There is no mechanism in place within the federal government to achieve the desired state from the present state. Hence, the gap between urban and rural grows.

I am not here to ask for something simple like money and a program, although both will be needed. That is not the first step. The first step includes changes to empower the bureaucracy to allow the federal government to help the growth from the current state to the desired state.

To make the government responsive, we must build structures that focus on rural — structures that have rural as their only mission with nothing to detract from that mission, that can work

partir. L'écart entre les zones urbaines et les zones rurales augmente.

Le problème fondamental a été exposé par David Fletcher, le tout premier président de la Société de la médecine rurale du Canada, lorsqu'il a dit que nous devons faire de la médecine rurale une activité que les médecins aimeront, que l'intérêt financier, sans de bonnes conditions de travail, ne suffit pas. La question est donc: qu'est-ce qui fonctionne?

Il y a des choses qui fonctionnent. L'Australie nous en donne un exemple très intéressant. C'est un pays dont la taille est environ les deux tiers de celle du Canada et qui est lui aussi fortement urbanisé, avec un petit nombre d'habitants éparpillés littéralement sur des millions de kilomètres carrés difficiles à desservir. Je ne dis pas que l'Australie a trouvé la solution. On y constate un écart entre les zones urbaines et les zones rurales, mais cet écart se rétrécit pour probablement deux ou trois raisons. Ce pays possède une infrastructure rurale régie par le gouvernement fédéral, qui a introduit dans chaque école de médecine une réforme du programme de médecine rurale. Il a créé un certain nombre de judicieux stimulants, mais l'intérêt vient du fait qu'il les a associés à une réforme du programme.

Dans les régions rurales du Canada, il existe certains modèles, éparpillés sur tout le territoire, qui font que les choses semblent bien fonctionner. À Terre-Neuve, la plupart des médecins exerçant en milieu rural touchent un salaire ou sont sous contrat. En fait, la plupart des médecins salariés ou sous contrat exercent en milieu rural. Est-ce important? Suis-je en train de plaider en faveur des salaires? Je ne plaide pas vraiment en faveur des salaires, mais je fais plutôt remarquer que, lorsque vous établissez un contrat, vous y mentionnez de façon précise les conditions de travail. C'est plutôt intéressant. Comme cela a été dit dans l'exposé de l'AMC, les conditions de travail figurent parmi les six éléments les plus importants pour un médecin lorsque vient le temps pour lui de décider s'il doit s'installer dans telle ou telle collectivité. En outre, les postes impliquant un contrat ou un salaire permettent de mieux intégrer le personnel paramédical dans les équipes existantes de soins.

Cela nous amène à la question de savoir ce que le fédéral peut faire. La réponse en peu de mots est: rien qui soit facile à réaliser. Le problème n'est pas nouveau, et les solutions proposées ne sont pas nouvelles elles aussi. Le défi est d'avancer du point A au point B. Il n'existe en ce moment au sein du gouvernement fédéral aucun mécanisme qui permette de passer de la situation actuelle à la situation souhaitée. Ainsi, l'écart entre les zones urbaines et les zones rurales augmente.

Je ne suis pas ici pour demander quelque chose d'aussi simple que de l'argent et un programme, même si nous aurons besoin de l'un comme de l'autre. Ce n'est pas la première étape. La première étape, c'est d'effectuer les changements nécessaires pour que l'administration puisse permettre au gouvernement fédéral de contribuer au passage de la situation actuelle à la situation souhaitée.

Pour faire réagir le gouvernement, nous devons mettre sur pied des structures qui se consacreront entièrement à régler le problème des zones rurales et que rien ne détournera de cette mission, des

with the ministers and the rural and health constituencies to make things happen. Provinces cannot do it alone.

This is an opportunity for a novel, non-coercive federal-provincial approach in which a cooperative synergy will be available to make things work. Now we have provinces that are spending a great deal of time and money to bribe one physician to move from one province to another. That is currently being done and it is not working.

We recommend that the federal government, in co-operation with the provinces, reduce the structural barriers to a national rural health policy advancement and that it form a national rural health strategy, NRHS, that can be implemented. We recommend that this NRHS be empowered by an advisory committee on rural health, by ministerial counsel and by rural medical fora. The initial priorities should be to aid the provinces in accelerating the expansion of existing, successful, rural collaborative models, including those that rely on non-physician health professionals to provide care. These priorities should also include the facility to support initiatives that promote the retention of health professionals. In this regard, I am not talking about workforce but about work conditions. They should ensure education of an adequate workforce for rural health care and funding to universities to develop plans to become more rural-oriented in admissions policy and to develop empowering rural health professional training curricula. Furthermore, there should be incentive planning funding for the universities as they implement these plans. The initiatives should facilitate a Canadian medical licensing standard and training bodies to develop and implement rural-friendly policies.

We suggest that federal funding for tele-health be contingent on tailoring programs by local rural analysis of health care needs which are amenable to tele-health support and that rural health delivery research be adequately funded.

Dr. John Wootton, Special Advisor on Rural Health, Population and Public Health Branch, Health Canada: Mr. Chairman and honourable senators, for the last two and one half years I have been the first Executive Director of the Office of Rural Health in Health Canada. I have had a certain amount of time to consider these issues and to consider where the source of these issues. I know that many of them come from a background that I share with Dr. Hutten-Czapski and others in providing service in rural Canada.

As I fulfilled the functions of the Office of Rural Health, I had opportunities to travel across the country. I learned that in many areas, although we can neatly summarize the statistics about the rural population as 30 per cent of the population, underneath the statistics is the reality that there are many different kinds of rural communities. They are as different as night and day — remote

structures qui pourront travailler avec les ministres, les collectivités rurales et les organismes de santé pour faire bouger les choses. Les provinces ne peuvent agir seules.

C'est là l'occasion d'avoir une approche fédérale-provinciale nouvelle et non coercitive qui fera naître une synergie dont on pourra se servir pour faire marcher les choses. Nous avons des provinces qui, à l'heure actuelle, consacrent beaucoup de temps et d'argent à persuader un seul médecin de quitter une autre province pour s'installer chez elles. C'est ce qui se fait à l'heure actuelle, et ça ne fonctionne pas.

Nous recommandons que le gouvernement fédéral, en coopération avec les provinces, réduise les obstacles structurels qui bloquent l'élaboration d'une politique nationale de santé rurale et qu'il établisse une stratégie nationale de santé rurale qui pourra être appliquée. Nous recommandons que cette stratégie soit appuyée par un comité consultatif sur la santé rurale, un conseil des ministres et des forums sur la médecine rurale. Il faudra commencer par aider en priorité les provinces à accélérer l'expansion des modèles positifs de collaboration en matière de médecine rurale, y compris ceux qui font appel pour les soins à des professionnels de la santé autres que des médecins. Il faut aussi inclure parmi les priorités le moyen d'appuyer les initiatives qui permettent de retenir les professionnels de la santé. À cet égard, je ne parle pas de personnel mais de conditions de travail. Il faut assurer la formation d'un personnel adéquat pour les soins de santé en milieu rural et financer les universités afin qu'elles élaborent une politique d'inscription plus axée sur le milieu rural et qu'elles conçoivent des programmes de formation habitant les professionnels de la santé qui travaillent en milieu rural. En outre, il faudrait financer les universités pour les encourager à mettre en œuvre ces programmes. Ces initiatives devraient faciliter la délivrance de permis d'exercice de la médecine au Canada, l'établissement de normes et la création d'organismes de formation en vue de mettre en œuvre des politiques favorisant l'exercice de la médecine en milieu rural.

Nous proposons que le fédéral subordonne son financement pour la télémédecine à la création de programmes fondés sur une analyse des besoins en soins de santé en milieu rural qui peuvent être satisfaits grâce à la télémédecine et que la recherche sur la prestation de soins de santé en milieu rural soit financée adéquatement.

Dr John Wootton, conseiller spécial en santé rurale, Direction générale de la population et de la santé publique, Santé Canada: Monsieur le président et honorables sénateurs, je suis, depuis deux ans et demi, le premier directeur exécutif du Bureau de la santé rurale à Santé Canada. J'ai donc eu un certain temps pour réfléchir à ces questions et à leur source. Je sais que beaucoup d'entre elles découlent d'une expérience que je partage avec le Dr Hutten-Czapski et d'autres qui dispensent des services dans le Canada rural.

Dans le cadre de mes fonctions de directeur exécutif du Bureau de la santé rurale, j'ai eu l'occasion d'aller un peu partout dans le pays. J'ai appris que, même s'il est possible de résumer d'une façon très nette les statistiques démographiques rurales en disant que 30 p. 100 de la population canadienne vit en zone rurale, dans de nombreuses régions, les statistiques masquent une réalité:

and peri-urban. The solutions that are appropriate to those different kinds of environments must come from those environments. The first lesson that I learned from this statistic was that one of the roles of the Office of Rural Health had to be that of a conduit between those different environments and the various levels at which decisions and ideas could be implemented. There was not an opportunity, from the top down, to provide a solution that was satisfactory everywhere.

As I travelled, I was also able to reflect to the people that I met at many different levels that, as Dr. Hutten-Czapski mentioned, the reality is that these are not new issues. When I began my practice 20 years ago in Ocean Falls, on the coast of British Columbia, I quickly realized what it meant to deliver services a long distance from "the mother ship."

It is only in recent times that those stories and those messages have been able to find a broad audience. It is particularly important that a number of different committees of the Senate are interested enough in this issue to invite witnesses on rural health services and rural health issues.

One of the things that has allowed that is, obviously, the improved communications between communities, providers and planners. To some extent, the genie is out of the bottle. If I jump ahead to some of the recommendations, the issue really is about what to do with the genie now that we have recognized that, across the country, there is this common issue.

At the same time that communications are improving, technologies are also improving. Technologies are a double-edged sword which, on one hand allow you to do things differently and on the other, put an increased load on local systems. Both of those are probably good things, but they have to be planned for.

With me is my colleague from the Child Health Insurance Program, CHIP, at Health Canada, which has funded many of these technological solutions. Many of those technologies allow the avoidance of the geographical reality that necessitates travel for people to access health care. Those individuals — and the health care workers who provide the service — are able to remain in the local community but many things happen that do not have a technological solution. In a sense, technological solutions actually increase the level of resources required and the level of expertise required. That must be planned for because it is an issue of quality of care as opposed to substitution of care.

That is occurring at the same time as communications are improving. People observe other communities of similar size and wonder why organization is different from one community to the other.

il existe beaucoup de genres différents de collectivités rurales. Elles sont aussi différentes que le jour et la nuit, selon qu'elles sont isolées ou périurbaines. Les solutions les plus indiquées pour ces genres différents d'environnements doivent venir des environnements eux-mêmes. La première leçon que j'ai apprise, c'est que le Bureau de la santé rurale doit jouer un rôle de liaison entre ces différents environnements et les différents niveaux où des idées et des décisions peuvent être réalisées. Il n'y a aucun moyen, en procédant de haut en bas, de trouver une solution qui soit satisfaisante partout.

Au cours de mes déplacements, j'ai également eu l'occasion de dire aux gens que j'ai rencontrés à de nombreux niveaux différents que, comme l'a mentionné le Dr Hutten-Czapski, ces questions ne sont pas nouvelles. Lorsque j'ai commencé à pratiquer la médecine, il y a vingt ans, à Ocean Falls, sur la côte de la Colombie-Britannique, je me suis très vite rendu compte des difficultés qu'il y a à dispenser des services loin du «port d'attache».

Ce n'est que récemment que ces histoires et ces messages ont commencé à être largement connus. Il est particulièrement important que plusieurs comités différents du Sénat s'intéressent suffisamment à cette question pour inviter des témoins à venir parler des services et des problèmes de santé ruraux.

De toute évidence, cela a été possible grâce, notamment, aux communications améliorées entre les collectivités, les fournisseurs de services et les planificateurs. Dans une certaine mesure, le génie est sorti de la bouteille. Si je peux me permettre de passer tout de suite à certains des recommandations, je dirai que le problème consiste à déterminer ce qu'il convient de faire du génie maintenant que nous savons qu'il existe un problème commun dans tout le pays.

En même temps que les communications s'améliorent, la technologie fait des progrès. La technologie est une épée à double tranchant qui, d'une part, nous permet de faire les choses différemment et, de l'autre, fait peser une plus lourde charge sur les systèmes locaux. Ce sont probablement deux bonnes choses, mais il faut les planifier.

Je suis accompagné de mon collègue du Programme des partenariats pour l'infrastructure canadienne de la santé, ou PPICS, à Santé Canada, qui a financé beaucoup de ces solutions technologiques. Les nouvelles technologies permettent de contourner la réalité géographique qui impose aux gens de se déplacer pour avoir accès à des services de santé. Les patients et les fournisseurs de services de santé peuvent rester chez eux, mais il y a beaucoup d'autres choses pour lesquelles il n'existe pas de solutions technologiques. En un sens, les solutions technologiques augmentent le niveau de ressources et le niveau d'expertise nécessaires. Il faut donc planifier parce que c'est une question de qualité des soins par opposition à la substitution des soins.

Cela se produit en même temps que les communications s'améliorent. Les gens se rendent compte que d'autres collectivités de la même taille disposent de services différents et se demandent pourquoi.

Two years in government is a relatively short time, I learned. Nonetheless, I think that Health Canada did take a lead in establishing the Office of Rural Health, in recognizing the need to apply a rural lens to its programs and in recognizing that functioning in a horizontal manner, whether it be with HRDC or with Agriculture Canada, was a valuable and valid way to bring a number of perspectives into the search for a solution.

As I mentioned in the brief and in my presentation, the first round included \$11 million in grants and contributions from which many of the projects that you will hear about and that are mentioned in the brief have been funded. One of the things that I heard clearly from rural communities, as I travelled during my time in the office, was that one-off solutions do not work no matter how good the project is. Rural communities want long-term commitment to their issues and they recognize that it will take time to move things in the right direction.

The Office of Rural Health is not the only area where this activity is working. It has been found, in retrospect, with some completed programs, particularly the Health Transition Fund, when activity is analyzed, that a tremendous amount of rural programming is emerging and some of the lessons learned from that program will be useful in designing future ones. That simply speaks to the fact that these issues have been present and, clearly, if you are to consider transition within the system, the rural issue bubbles to the surface.

Within the current structure of Health Canada, the Office of Health and the Information Highway and the excellent report that its advisory committee produced also made the point that if technology were not at the service of rural and remote regions, Health Canada would be missing the boat. With the CHIP funding that was announced, a large number of rural projects have been supported.

I support the other witnesses in respect of some of the recommendations that I would like to present. We find that there are jurisdictional challenges in Canada when we review the health care system as a whole. That is the deck that we have been dealt. It is not, in fact, an insurmountable barrier. It has more to do with learning how to be helpful than it has to do with wresting jurisdiction from one group to another.

I am hopeful that Health Canada will consider the continuation of cycles of support for rural initiatives and that it does so in a collaborative manner, recognizing that answers will not be found within the department but rather, by reaching out broadly to the communities, to the professionals who work in the communities and to the associations that represent them to obtain the hands-on experience which will give validity to the choices that it makes.

Within the structures that Health Canada deals with more directly, particularly in the health information and research areas,

J'ai appris que deux ans, au gouvernement, est une période relativement courte. Je crois néanmoins que Santé Canada a réalisé des progrès en établissant le Bureau de la santé rurale, en reconnaissant la nécessité de prendre en considération la perspective rurale dans ses programmes et en prenant conscience du fait que le fonctionnement horizontal, que ce soit de concert avec DRHC ou Agriculture Canada, constitue un moyen valable de tenir compte des différents points de vue lors de la recherche d'une solution.

Comme je l'ai mentionné dans le mémoire et dans mon exposé, le premier cycle comprenait 11 millions de dollars en subventions et contributions qui ont servi à financer beaucoup des projets dont vous entendrez parler et qui sont mentionnés dans le mémoire. L'une des choses que j'ai clairement comprises au cours de mes déplacements dans les collectivités rurales, c'est que les solutions générales ne fonctionnent pas, même s'il s'agit d'excellents projets. Les collectivités rurales souhaitent un engagement à long terme envers la solution de leurs problèmes et reconnaissent qu'il faudra du temps pour que tout s'oriente dans la bonne direction.

Le Bureau de la santé rurale n'est pas le seul endroit où s'exerce cette activité. On a découvert, en rétrospective, en examinant et en analysant quelques-uns des programmes réalisés, notamment dans le cadre du Fonds pour l'adaptation des services de santé, qu'il y a un nombre extraordinaire d'activités rurales et que les leçons apprises seront utiles pour la conception des programmes futurs. Cela montre simplement que ces questions étaient présentes et, bien sûr, quand on examine l'adaptation des services de santé, les problèmes ruraux remontent à la surface.

Dans la structure actuelle de Santé Canada, le Bureau de la santé et l'InfoRoute et l'excellent rapport produit par son comité consultatif ont montré que le ministère aurait manqué le bateau s'il n'avait pas mis la technologie au service des régions rurales et éloignées. Grâce au financement du PPICS, il a été possible de soutenir de nombreux projets ruraux.

J'appuie le point de vue des autres témoins dans les recommandations que je voudrais présenter. Nous nous apercevons, en examinant le système de santé dans son ensemble, qu'il y a des conflits de compétence au Canada. Nous devons apprendre à nous en accommoder, même si ce n'est pas vraiment un obstacle insurmontable. Il faut davantage apprendre à se montrer serviable que chercher à transférer des pouvoirs d'un groupe à un autre.

J'espère que Santé Canada envisagera de maintenir les cycles de soutien aux initiatives rurales et le fera en collaboration, reconnaissant que les solutions ne se trouvent pas seulement au ministère, mais qu'on peut en découvrir bien d'autres en établissant des liens aussi étendus que possible avec les collectivités, avec les professionnels qui y travaillent et avec les associations qui les représentent, de façon à profiter d'une expérience de première main qui facilitera et légitimera les choix à faire.

Dans les structures dont Santé Canada s'occupe directement, particulièrement dans les domaines de l'information et de la

it is important that we recognize what we do not know so that we are able to pursue answers to those issues in an organized way.

There are technological tools that should be applied and, as they are developed, are being applied to rural problems. Health Canada has an important role in continuing to support these.

The Chairman: Thank you.

Senator LeBreton: Mr. Tholl, figure 4 of your presentation shows the survey of physicians moving from rural to urban areas between 1986 and 1990. You talked about alternative compensation and I believe that you said you would come back to it. I circled it because I would like to know what it means. Of the people who reported, 35 per cent talked about alternative compensation. What is the definition of that, Mr. Tholl?

Mr. Tholl: I apologize for not coming back to that. It was mentioned that the majority, to the degree that we have salaried physicians in Canada, is still about 30 per cent. However, it is growing and most of those are in rural and remote practices. In Newfoundland it is well over 50 per cent now.

Regarding alternative compensation mechanisms, we have more details of that in the brief which contains a complete policy statement that should answer your question. Essentially, it means can we examine what physicians are expected to perform in the system and customizing the methods of payment through combinations of salary capitation and fee for service. Too often we view those as alternatives to one another rather than as ways in which a basic salary could be topped up as work loads increase, for example.

Alternative compensation mechanisms refer to salary capitation where you pay physicians on a per-patient basis, usually adjusted for age and sex. The CMA would suggest, as I would also suggest, that the form of payment should follow the functions that you identify for the physician in the system. Clearly, physicians and other health professionals working in rural and remote areas have a different function in the system as compared to those that work in downtown Toronto.

Senator LeBreton: I will read the brief in more detail.

Dr. Kulig, with regard to the Office of Rural Health, which Dr. Wootton represents, what is your experience? Are there areas in the mandate of this organization that you find particularly strong? Conversely, are there areas where you would like to see improvement vis-à-vis your relationship with Health Canada?

Dr. Kulig: I came to know Dr. Wootton when he became the Executive Director. He came to the University of Lethbridge as a guest where we hosted meetings with community and agency individuals about rural health. I have known him through the Rural Health Research Consortium. I am currently on a sabbatical leave and I have spent time at the Office of Nursing Policy, as well as the Office of Rural Health. That has been my involvement.

recherche sur la santé, il est important de reconnaître ce que nous ne savons pas afin de pouvoir chercher des solutions d'une manière organisée.

Il y a des moyens technologiques qui devraient être appliqués et qui le sont effectivement, à mesure qu'ils sont mis au point, pour régler les problèmes ruraux. Santé Canada a un rôle important à jouer en continuant à appuyer les initiatives en ce sens.

Le président: Merci.

Le sénateur LeBreton: Monsieur Tholl, la figure 4 de votre présentation montre le nombre de médecins qui sont passés des régions rurales à des régions urbaines entre 1986 et 1990. Vous avez parlé d'autres formes de rémunération en disant que vous y reviendriez. J'en ai pris note parce que j'aimerais savoir ce que cela signifie. Parmi les répondants, 35 p. 100 ont parlé d'autres formes de rémunération. Quelle serait la définition de ces autres formes, monsieur Tholl?

M. Tholl: Je m'excuse de ne pas être revenu sur ce point. On a mentionné que la majorité, dans la mesure où nous avons des médecins salariés au Canada, est encore d'environ 30 p. 100. Toutefois, elle augmente et la plupart de ces médecins ont une clientèle rurale et éloignée. À Terre-Neuve, c'est aujourd'hui nettement supérieur à 50 p. 100.

En ce qui concerne les autres mécanismes de rémunération, nous avons donné plus de détails dans le mémoire, où vous trouverez un énoncé complet de politique qui devrait répondre à votre question. Cela revient essentiellement à déterminer ce que les médecins sont censés faire dans le système et de définir des modalités de paiement spéciales alliant la rémunération par capitation et le paiement à l'acte. On considère trop souvent que les deux systèmes s'excluent mutuellement, mais on peut bien envisager, par exemple, un salaire de base qu'il serait possible de majorer selon la charge de travail.

Les autres mécanismes de rémunération ont à voir avec la rémunération par capitation, régime dans lequel les médecins sont payés selon le nombre de leurs patients, après pondération selon l'âge et le sexe. L'AMC estime — et j'estime aussi — que la forme de rémunération devrait être adaptée aux fonctions que le médecin remplit dans le système. De toute évidence, les médecins et les autres professionnels de la santé qui travaillent en milieu rural ou éloigné remplissent une fonction différente de ceux qui travaillent au centre-ville de Toronto.

Le sénateur LeBreton: J'examinerai de plus près votre mémoire.

Docteur Kulig, quelles relations avez-vous avec le Bureau de la santé rurale, que représente le Dr Wootton? Y a-t-il des parties du mandat du Bureau que vous trouvez particulièrement intéressantes? Et, inversement, y en a-t-il que vous aimeriez voir améliorer?

Dre Kulig: J'ai fait la connaissance du Dr Wootton lorsqu'il est devenu directeur exécutif. Il est venu à l'Université de Lethbridge comme invité lorsque nous avons organisé des réunions sur la santé rurale avec des membres de la collectivité et les responsables de différents organismes. J'ai fait sa connaissance par l'entremise du Consortium for Rural Health Research. Je suis actuellement en congé sabbatique et je consacre un peu de temps

Senator LeBreton: Would you like the mandate to be expanded? What are the strengths and areas where you would like to see improvements?

Dr. Kulig: I would like to see the mandate expanded. Certainly workforce issues have absorbed a great deal of the time and effort of the office, which is appropriate.

It is involved in a variety of other committees and it has also supported us in terms of trying to advocate for more dollars, at the federal level, for rural health research, but I would envision greater expansion federally and then to have equivalence, perhaps even provincially, to consider these issues.

Dr. Hutten-Czapski: Dr. Wootton usually comes to large conferences or gatherings that have the words "rural" and "health" in their names at the same time. This is one of them and I am not surprised to see him at the table.

He has been playing a very important role. He has been personifying the office — not just him, of course — and raising the stature of rural, letting people increase their awareness or, as the minister would prefer to put it, putting a rural lens to the issues. He and the office have been particularly successful at making bureaucrats and politicians rurally aware. Certainly, my meetings with Minister Rock have indicated that he is well aware of the issues and the lay of the land and is sensitive to that. That sensitivity is now available and present in Ottawa partly because of Minister Rock's willingness to become more aware, by setting up the Office of Rural Health and also through the Office of Rural Health itself.

Unfortunately, the limitation of the office is that it cannot do any policy work. It is not designed to do policy work. If it tries to do policy work I am sure it is told that is not wanted. We have an awareness-building system that has worked quite well, but now what happens? This issue could stand to be addressed if the government so chooses, but how do we get from the present state to the desired state? That, the office cannot do.

For those reasons I would suggest that if a ministerial council could be set up with community and rural health professional input that the Office of Rural Health could serve in some ways as a secretariat without having a policy role, but it would be able to help implement and develop policy by giving the feedback and support that would be necessary for the committee.

Senator LeBreton: I was struck by your brief, Dr. Kulig, when you described one health authority in Alberta developing a nurse responder program and gave details about how the nurse responders interact. That would be an outstanding program to expand. When you know there is a program like that and it is working, where does it go from there? How do you get that? Do you do it through Health Canada? What is its success rate? Is it only in one jurisdiction? Is Alberta considering expanding it to other jurisdictions? How do you get it into the rest of the country?

au Bureau de la politique des soins infirmiers ainsi qu'au Bureau de la santé rurale.

Le sénateur LeBreton: Aimerez-vous que le mandat du Bureau soit étendu? Quels en sont les points forts et les points que vous aimeriez voir améliorer?

Dre Kulig: J'aimerais que le mandat soit étendu. Bien sûr, les problèmes de main-d'œuvre ont absorbé beaucoup du temps et des efforts du Bureau, ce qui est tout à fait normal.

Il fait partie de différents autres comités et a tenté de nous aider en essayant d'obtenir plus de fonds fédéraux pour financer la recherche sur la santé rurale. J'aimerais cependant que le fédéral en fasse davantage et que nous ayons une équivalence, peut-être même provinciale, pour examiner ces questions.

Dr. Hutten-Czapski: Le Dr Wootton assiste généralement aux grandes conférences et réunions dont le titre contient à la fois les mots «santé» et «rurale». Nous sommes actuellement à l'une de ces réunions. Je ne suis donc pas surpris de voir qu'il est présent.

Le Dr Wootton a joué un rôle très important. Il personnifie le Bureau — il n'est d'ailleurs pas le seul à le faire —, rehaussant le profil des questions rurales, y sensibilisant les gens ou, pour reprendre l'image que préfère le ministre, examinant les problèmes à l'aide d'une «lentille rurale». Lui-même et le Bureau ont particulièrement bien réussi à sensibiliser les bureaucrates et les politiciens aux questions rurales. De fait, je me suis rendu compte au cours de mes entretiens avec le ministre Rock qu'il est très au courant de ces questions et de leur rôle dans le tableau d'ensemble, et qu'il y est très sensible. Cette sensibilité se manifeste à Ottawa en partie parce que le ministre Rock s'est montré bien disposé en établissant le Bureau de la santé rurale, et en partie aussi grâce aux efforts du Bureau.

Malheureusement, l'influence du Bureau est limitée parce qu'il ne peut pas s'occuper de politiques, cet aspect étant absent de son mandat. S'il essayait de le faire, je suis sûr qu'on lui dirait de s'en abstenir. Nous avons donc un système de sensibilisation qui a donné jusqu'ici de bons résultats, mais que se passe-t-il ensuite? Il y a une solution, si le gouvernement veut bien l'adopter, mais comment passer de la situation actuelle à la situation que nous souhaitons? Le Bureau ne peut pas intervenir sur ce plan.

Pour ces raisons, je suggère d'établir un conseil ministériel où seraient représentés la collectivité et les professionnels de la santé rurale et dont le Bureau de la santé rurale pourrait, par exemple, constituer le secrétariat, sans jouer un rôle sur le plan des politiques. Il pourrait quand même contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre des politiques en donnant de la rétroaction et en assurant au conseil le soutien dont il aurait besoin.

Le sénateur LeBreton: Docteur Kulig, j'ai été frappée, en lisant votre mémoire, par votre description du programme des infirmières d'intervention mis au point par l'un des organismes de santé de l'Alberta. C'est un programme qu'il serait extrêmement intéressant de développer. Lorsqu'on sait qu'il existe un programme de ce genre et qu'il fonctionne bien, que faut-il faire pour aller plus loin? Faut-il s'adresser à Santé Canada? Quel est le taux de succès? Le programme n'existe-t-il que dans un organisme de santé? L'Alberta n'envisage-t-il pas de l'étendre à

Dr. Kulig: It began in an area that had hospital closures. When we think about isolation we often think of the North. We forget that there are farming areas of Southern Alberta which are a long way from hospitals. That health authority developed it on its own. The person who was to provide more information to me about it was not able to do so. I know the people who run the program and who are the nurse responders and from their perspective it has been very successful.

My understanding is in Alberta the CEOs for the health authorities all get together and discuss it, so if it went provincial, it would happen in that way. It would be discussed at the CEO level. Then other health authorities would adopt it. There is real potential for doing an evaluation through funding, perhaps from the Alberta Heritage Foundation, to determine how the nurse responder program is working. One could even do a comparison, as we did in parts of Saskatchewan, because there are similarities and differences between the two provinces, to evaluate if it would work there.

It also borders of the profession of nurse practitioner. That is one phrase that has not been mentioned by the other witnesses thus far. I think our study on national nursing will include the issue of nurse practitioners and the meaningfulness of that potential role for rural areas. The reality is that some rural communities will not be able to maintain physicians. As much as we want to do recruitment and retention, it will not work. These alternative programs exist and, again, we want to make sure they work in different provinces and then we can begin to examine them from the federal level, or, at least in terms of choosing certain areas across the country that have the same kind of distance issues as Alberta to determine whether they would work out.

Senator LeBreton: When you have a program like that and the potential for connecting into tele-health, one of the frustrations is hearing about these isolated programs and wondering how they will be pulled together for the benefit of the whole country.

Dr. Kulig: While doing one of my rural areas studies, I spent much of my time driving through Southern Alberta and came across the nurse responders. That was not my health authority, it was another one. However, I was not aware of the program. I am a nursing instructor so I was quite surprised that I did not even know it existed.

Senator Fairbairn: I certainly thank you all for coming, with a special welcome to Dr. Kulig who is associated with my favourite

d'autres organismes? Comment peut-on procéder pour le faire adopter dans le reste du pays?

Dre Kulig: Le programme a commencé dans un secteur où des hôpitaux avaient été fermés. Quand on parle d'endroits éloignés, on pense le plus souvent au Grand Nord. On oublie les régions agricoles du sud de l'Alberta, qui peuvent se trouver très loin d'un hôpital. L'organisme de santé en question a conçu ce système de sa propre initiative. La personne qui devrait me transmettre plus de renseignements à ce sujet n'a pas pu le faire. Je connais les gens qui s'occupent du programme, c'est-à-dire les infirmières d'intervention elles-mêmes, qui pensent que c'est une grande réussite.

Si j'ai bien compris, en Alberta, les directeurs des organismes de santé se réunissent et discutent de ces questions. Si le programme devait s'étendre à la province, c'est ainsi qu'on procéderait. Ce serait discuté au niveau des directeurs. Ensuite, d'autres organismes de santé l'adopteraient. Il serait très intéressant de faire une évaluation, peut-être grâce à des fonds fournis par l'Alberta Heritage Foundation, pour déterminer comment fonctionne le programme des infirmières d'intervention. Il serait peut-être même possible de faire une comparaison, comme nous l'avons fait dans certaines régions de la Saskatchewan, parce que les deux provinces ont des aspects communs et des différences, afin de déterminer si le programme peut également convenir là.

Quand on parle d'infirmières d'intervention, on peut penser à la profession d'infirmière praticienne. Voilà une expression que les autres témoins n'ont pas mentionnée jusqu'ici. Je crois que notre étude nationale sur les soins infirmiers comprendra la question des infirmières praticiennes et leur rôle particulier dans les régions rurales. Il faut se rendre compte que certaines collectivités rurales n'auront jamais un médecin. Quoi que nous fassions sur les plans du recrutement et du maintien en fonction, nous ne réussirons pas toujours. Ces programmes de remplacement existent. Encore une fois, nous voudrions nous assurer qu'ils fonctionnent dans différentes provinces avant de les examiner au niveau fédéral. Il faudrait pour le moins choisir certaines régions du pays où les distances sont aussi importantes qu'en Alberta pour déterminer si de tels programmes peuvent convenir.

Le sénateur LeBreton: Quand on a des initiatives comme celle-ci et qu'on peut envisager les moyens offerts par la télésanté, il est frustrant d'entendre parler de ces programmes éloignés et de se demander comment il serait possible de les étendre dans l'intérêt de tout le pays.

Dre Kulig: J'ai passé beaucoup de temps à voyager dans le sud de l'Alberta pendant que je réalisais mes études sur la santé rurale. C'est ainsi que j'ai eu connaissance du programme des infirmières d'intervention. Il ne s'agissait pas de mon organisme de santé, c'était un autre. Toutefois, je n'étais pas au courant de ce programme. Étant monitrice dans une école d'infirmières, j'étais très surprise de n'avoir jamais eu connaissance de ce programme auparavant.

Le sénateur Fairbairn: Je tiens à vous remercier tous d'être venus. Je voudrais en particulier souhaiter la bienvenue à la

institution, the university. All these presentations are incredibly gripping and useful.

I would ask you all to comment on my question. There is a quotation in one of our documents, presumably from Dr. Wootton, who stated at one point that if there is two-tiered medicine in Canada, it is not rich and poor. It is urban and rural.

Senator LeBreton is on the Agriculture Committee with me and we have just had two and a half hours this morning on a study on the whole system of rural Canada and agriculture. One of the issues that struck me from that particular perspective is the depressing decline in rural Canada, which goes to questions in these briefs about communications. It is something of which the rest of Canada is not really aware. Therefore, it can be assumed, certainly by people in rural Canada, that the rest of the country does not care a lot about it. If we are in a crisis, as some would call it, with respect to the sustainability of rural communities and then consider, in addition to that, the issue of health care in rural communities, it is an incredible challenge to even contemplate how services and people will be encouraged. It is admirable to see in these graphs that the financial aspect is at the bottom, at the beginning anyhow, when physicians are thinking about it.

However, when you get to the more recent ones, are those physicians and people who are working on the ground in rural communities becoming discouraged by the notion that these communities are at risk and that the whole effort through the education system and other incentives is to bring people into the rural communities whose sustainability is considered, across the West, at least, at risk? Is that situation impeding the ability to develop the health services that you are talking about? To what degree, then, does a ferocious, cooperative communications strategy become necessary to persuade the rest of Canada that this is not only a huge geographical part of the country, but is also, historically and almost in our souls, still the foundation of what Canada is all about? It remains either misunderstood or ignored. How does one persuade physicians and nurse practitioners — the whole bunch — to turn in that direction when the signals from rural communities are somewhat negative, if not confused?

Dr. Kulig: One of the studies I am now doing is about the creation of hope in rural communities and having health professionals and community members work together. Despite the decline, on the issues of sustainability in rural communities, what I have been struck by is the grassroots movement, certainly in Southern Alberta, of people who want rural communities to survive. As an example, I met the women who stopped the hog plant operation that was to be moved to Foremost. Two women stopped a \$98-million company from moving in. When you meet that kind of individuals, you know that the potential is very much there to create sustainability in rural communities.

Dre Kulig, qui travaille pour mon établissement favori, l'université. Vos exposés ont été remarquablement intéressants et utiles.

Je voudrais vous demander tous des commentaires sur ce qui suit. Dans l'un de vos documents, probablement celui du Dr Wootton, on peut lire que s'il existe une médecine à deux paliers au Canada, ce n'est pas pour les riches et les pauvres. C'est plutôt pour les urbains et les ruraux.

Le sénateur LeBreton siège au Comité de l'agriculture avec moi. Ce matin, nous avons passé deux heures et demie à examiner l'étude de l'ensemble du régime rural canadien et de l'agriculture. L'une des questions qui m'ont frappée à cet égard est la baisse déprimante enregistrée dans le Canada rural, ce qui me fait penser aux observations présentées dans ce mémoire au sujet des communications. C'est une chose que le reste Canada ne connaît pas vraiment. On peut donc supposer — je suis sûre que c'est le cas de la population rurale au Canada — que le reste du pays ne s'en soucie pas vraiment. Si nous sommes en crise, comme certains l'affirment, si la permanence des collectivités rurales est en question et si, en plus, il y a le problème des services de santé dans ces collectivités, on peut se demander comment on pourrait même envisager d'encourager les gens à rester. Il est admirable de constater, en regardant ces graphiques, que l'aspect financier est en bas, ou du moins au commencement, lorsque les médecins y pensent.

Toutefois, quand on en arrive aux questions les plus récentes, est-ce que les médecins et les gens qui travaillent en première ligne dans les collectivités rurales se sentent découragés de voir que ces collectivités risquent de disparaître et que, malgré tous les efforts déployés par l'entremise du système d'éducation et d'autres incitatifs pour faire venir des gens, la permanence des collectivités, du moins dans l'Ouest, semble douteuse? Est-ce que cette situation entrave le développement des services de santé dont vous parlez? Dans quelle mesure, alors, une stratégie de communication dynamique est-elle vraiment nécessaire pour persuader le reste du Canada qu'il s'agit là non seulement d'une énorme partie du pays, mais aussi, sur le plan historique et dans le fond de notre âme, de l'essence même du Canada? Cet aspect est soit mal compris soit ignoré. Comment peut-on persuader des médecins, des infirmières praticiennes et tous les autres professionnels de prendre cette direction au moment même où les signaux qui nous parviennent des collectivités rurales sont plutôt négatifs ou confus?

Dre Kulig: Une des études dont je m'occupe actuellement traite des moyens de susciter de l'espoir dans les collectivités rurales et d'inciter les professionnels de la santé et les membres de la collectivité à travailler ensemble. En ce qui concerne la permanence des collectivités, malgré le déclin, j'ai été frappée par le mouvement de la base, surtout dans le sud de l'Alberta, où les gens veulent vraiment que les collectivités rurales survivent. J'ai rencontré par exemple les femmes qui ont arrêté le déménagement de l'usine de transformation du porc qui devait aller s'établir à Foremost. Deux femmes ont empêché une entreprise de 98 millions de dollars de déménager. Lorsqu'on parle de des personnes de ce genre, on se rend compte que la permanence des

Studies have shown that we need investment in local leadership and in rural youth to create leadership opportunities. We must consider a diverse economic base and other ways of farming. In Saskatchewan, for example, there are farmers who have given up their individual equipment. They have bought equipment, together with other farmers, to farm much larger tracts of land. They share the profits and the risks as a way to survive.

We must address all those issues and that of health services simultaneously. There are certain issues that are important to all Canadians no matter where they live. One of those is water quality.

Senator, you are well aware of what is happening in Southern Alberta in terms of feedlots. I live in a province that has agreed to triple corporate farming by 2003. However, there are communities that are developing bylaws to prevent intensive livestock farming in their areas. They do this to prevent the health concerns, about which we are aware.

You are right, there are many challenges ahead. In some ways people feel that we are beating the wrong drum as they ask whether it will survive anyway. I think there are ways of creating local leadership, dealing with issues for rural youth and women's health. I mentioned already the erosion of farm support programs for women in Saskatchewan. The notion of having that kind of support available to them is important, as well as considering nurse responder programs and everything simultaneously. It is important that we consider not just health, but rural sustainability at the same time. Honestly, I have seen a great deal of hope in people despite the issues with which they are dealing.

Dr. Hutten-Czapski: It is a myth that rural Canada is dying. It is most definitely not dying. It is increasing in population, albeit not as fast as urban areas. Certain areas, in particular the farming sector, are subject to decay at this point in time, not to mention corporatization, monoculture and so on that you have eloquently described. This is not a hopeless issue. Rural Canada is alive and well and thriving. There is much self-potential, as you mentioned. Rural citizens are happy to live in rural Canada and do not want to have to go to the city to get jobs.

The "two-tiered" quote is from Allan Rock and it is probably because of John Wootton.

The Chairman: Having worked around ministers, as Senator Fairbairn and I have, the truth is John Wootton probably wrote it.

Dr. Hutten-Czapski: I am sure that, having been in government even for two years, he realizes he cannot answer that question.

collectivités rurales n'est peut-être pas aussi gravement menacée qu'on le pense.

Les études ont montré que nous avons besoin d'investissements dans le leadership local et la jeunesse rurale, afin de créer des débouchés. Nous devons envisager de créer une base économique plus diversifiée et trouver de nouveaux moyens d'exploitation de la terre. En Saskatchewan, par exemple, il y a des agriculteurs qui ont renoncé à posséder du matériel individuel. Ils se sont regroupés afin d'acheter l'équipement nécessaire pour exploiter de bien plus grandes superficies. Ils partagent les risques et les profits, comme moyen de survie.

Nous devons examiner simultanément toutes ces questions ainsi que les problèmes reliés aux services de santé. Il y a certaines questions qui sont importantes pour tous les Canadiens, où qu'ils vivent. Par exemple, la qualité de l'eau.

Sénateur, vous savez ce qui se passe dans le sud de l'Alberta au sujet des parcs d'engraissement. Je vis dans une province qui a accepté de tripler les grandes exploitations agricoles constituées en société d'ici 2003. Toutefois, il y a des collectivités qui adoptent des règlements pour empêcher l'élevage intensif dans leur région, afin de prévenir les problèmes de santé que nous connaissons.

Vous avez raison, bien des problèmes nous attendent à l'avenir. Oui, certains ont l'impression que nous nous battons contre des moulins à vent, au moment où ils se demandent si les collectivités rurales survivront. Je crois qu'il y a des moyens de créer un leadership local, de régler les problèmes de la jeunesse rurale et de la santé des femmes. J'ai mentionné plus tôt l'érosion des programmes de soutien agricole destinés aux femmes en Saskatchewan. L'existence de ces programmes est importante pour elles, tout comme le programme des infirmières d'intervention et tout ce qu'il y a d'autre à faire en même temps. Nous devons considérer non seulement la santé, mais toute la question de la permanence des collectivités rurales. Honnêtement, j'ai pu me rendre compte que les gens espèrent beaucoup encore, malgré tous les problèmes dont nous venons de parler.

Dr. Hutten-Czapski: Il est faux de dire que le Canada rural est à l'agonie. Ce n'est absolument pas vrai. La population rurale augmente, même si c'est à un taux inférieur à celui des villes. Certaines régions, particulièrement dans le secteur agricole, se dégradent ce moment, sans parler de l'invasion des grandes sociétés, de la monoculture et de tout ce que vous avez décrit avec beaucoup d'éloquence. La situation n'est pas désespérée. Le Canada rural est bel et bien vivant et dynamique. Comme vous l'avez mentionné, on y trouve beaucoup de potentiel. Les ruraux sont heureux de vivre dans le Canada rural et ne veulent pas aller en ville pour trouver du travail.

Ce que vous avez dit au sujet des deux paliers vient d'Allan Rock et c'est probablement à cause de John Wootton.

Le président: Ayant côtoyé des ministres, comme le sénateur Fairbairn, je dirais que c'est probablement John Wootton qui a écrit cela.

Dr. Hutten-Czapski: Je suis sûr que, même s'il n'a passé que deux ans dans l'administration fédérale, il se rend compte qu'il ne peut pas répondre à cette question.

I will be accused of piping my own horn, so to speak, when I say this. However, if you cannot have health care, how will you get a community to recruit technical support for the mill and town when families ask where they will send their children to school and where will they go if they get sick? That, in itself, is part of the important infrastructure that we consider to be the Canadian social contract. When you come to a community, you expect to have education and health care. If the answer is that these things are available, but they are 100 kilometres away, suddenly it becomes difficult to sustain the mill.

Mr. Tholl: The Canada Health Act says, in effect, that all Canadians, as a right of citizenship, are entitled to reasonable health care access on uniform terms and conditions. What does that mean to the 99.89 per cent of our land mass that is rural? I think it means that we must be watchful. It is said in medicine, "Do no harm." In the area of public policy, I think it is "Do no obvious harm." In this case, there has been some obvious harm done in response to economic imperatives. I will just use Saskatchewan, my own province, as the example. It is the home of medicare. There have been formal studies and there have been case studies. I will encourage you to think about Melfort, Saskatchewan. Why? Because Melfort, Saskatchewan, which is about 120 miles outside Saskatoon, had a horrendous problem of trying to get a group of physicians, including some general specialists, to move and to stay in Melfort. This was a project that took well over seven years. They finally established a group of a dozen that worked well together. All of a sudden regionalization came onto the scene. Regionalization was billed as bringing responsibility and accountability to the people. For the people in Melfort, Saskatchewan, it was not decentralization; it was centralization. The control over the things that mattered much to physicians in Melfort suddenly was no longer in Melfort, it was regionalized to one of these 30 or 32 regional health centres.

One of Senator Fairbairn's basic points was communication. I would put it differently. I would put it in the context of awareness raising. When we take decisions, albeit necessary ones that are in response to economic imperatives — and I am a health economist by training — we understand that, in certain cases, you cannot make a business case for providing reasonable access to people living in rural and remote areas. However, you may actually have to say that while it may not be cost effective, it is the right thing to do.

In the context of these waves of reform that sweep us — and we are talking about every province except Ontario, which is affectionately called the control group for regionalization in Canada — we must raise awareness about the need to examine meeting that commitment even when health economists might say it is not cost effective to do it that way.

Senator Cook: Thank you very much for another overload of information.

I should tell you I am a Newfoundlander. I have been listening and trying to get outside the loop because I think that is where we all have to go. What I am hearing this morning is outside of the

On m'accusera probablement de prêcher pour ma propre paroisse, pour ainsi dire, mais comment voulez-vous qu'en l'absence de services de santé adéquats, une collectivité puisse recruter des compétences techniques pour l'usine ou pour d'autres établissements si les candidats ne savent pas à quelle école envoyer leurs enfants ou à quelle porte frapper s'ils tombent malades? Cela en soi fait partie de l'importante infrastructure qui constitue pour nous le contrat social canadien. Lorsqu'on va s'établir dans une collectivité, on s'attend à y trouver une école et des services de santé. Si vous répondez qu'ils existent, mais 100 kilomètres plus loin, il sera difficile de recruter du personnel pour l'usine.

M. Tholl: D'après la Loi canadienne sur la santé, tous les Canadiens ont droit, comme citoyens, à un accès raisonnable aux services de santé, à des conditions uniformes. Qu'est-ce que cela signifie pour les 99,89 p. 100 de notre superficie terrestre qui constitue le Canada rural? Cela signifie, je crois, que nous devons être vigilants. En médecine, on dit qu'il ne faut pas faire de mal. En politique, on dira plutôt qu'il ne faut pas faire de mal d'une façon trop évidente. Dans ce cas, il est certain qu'on a fait du tort d'une façon très évidente en réponse à des impératifs économiques. Je limiterai mes exemples à la Saskatchewan, ma propre province, berceau de l'assurance-maladie. Nous avons réalisé des études officielles et des études de cas. Je vous engage à penser à Melfort, en Saskatchewan. Pourquoi? Parce que Melfort, qui se trouve à environ 190 kilomètres de Saskatoon, a eu énormément de difficultés à persuader un groupe de médecins, y compris quelques spécialistes, à venir s'y établir. C'est un projet qu'il a fallu plus de sept ans pour réaliser. On a finalement réussi à en trouver une douzaine qui s'entendaient bien ensemble. Tout à coup, la sectorisation des soins est entrée en scène. Elle devait apporter de la responsabilité, assurer que chacun rendrait compte de son travail. Tout à coup, le contrôle des choses qui avaient beaucoup d'importance pour les médecins de Melfort n'était plus à Melfort, mais dans l'un des 30 ou 32 centres régionaux de santé.

La communication constituait l'un des points fondamentaux du sénateur Fairbairn. Je dirai les choses différemment, en les plaçant dans le contexte de la sensibilisation. Lorsqu'il faut prendre des décisions en réponse à des impératifs économiques — je vous fais remarquer que j'ai fait des études d'économiste de la santé —, il est facile de comprendre que dans certains cas, il n'est pas rentable d'assurer aux habitants des régions rurales et éloignées un accès raisonnable aux services de santé. Toutefois, il faut savoir reconnaître, même si un tel accès n'est pas rentable, que c'est la seule solution valable.

Dans le contexte de ces vagues de réforme qui a déferlé dans toutes les provinces sauf l'Ontario — qu'on appelle avec affection le groupe témoin de la sectorisation au Canada —, nous devons sensibiliser les gens à la nécessité d'honorer certains engagements mêmes si les économistes de la santé affirment qu'il n'est pas rentable de le faire.

Le sénateur Cook: Merci beaucoup pour toute cette masse d'information.

Je dois vous dire que je viens de Terre-Neuve. Je vous ai écoutés en essayant de regarder les choses de l'extérieur, parce que je crois que c'est ainsi qu'il faut le faire. Ce que j'ai entendu

loop is the norm in the delivery of health care services for people. Everyone has a right, so they believe, to live in a safe community, where they choose, to earn a living and to be cared for. Those are the basics.

From my limited knowledge and having served on a board of trustees on the health board in Newfoundland for nine years, I believe there is a problem in how we manage change. How do we care for people? How do we look after an ageing population whose desire is to live at home? How do we create an environment for extended families to find a jobs, live and have children educated there. That, I suspect, is where many of support systems come from as we age and need care.

I cannot shake from my mind that the road lays through population health. I would like you to respond to that. To me, population health encompasses all the ingredients from safe water to social to whatever. There is then the medical field with options like the nurse practitioner.

When I was a child, there were nurses in the outposts. I forget the name of their order now. After we built the roads, we did not think we needed those nurses. Instead, anyone who is sick is put into one of those tinny ambulances and driven over a couple of hundred miles of highway to the nearest hospital. In my isolated part of the coast, there used to be a hospital boat. In the 1940s that boat even had an X-ray machine. Again, we built roads and centralized everything.

The challenge of getting the right professional people to go into these areas and to give care in a holistic way is an awesome task. There are some core clusters of population with a clinic at the centre. I do not even want to think about the lives of the professionals and their families in those communities; that is a whole other issue. We are bussing children 30 or 40 miles down the road to schools. There are no hockey rinks. The quality of life will be the real challenge. If they love to ski, there are lots of mountains. It depends on the social skills and the desires of those professionals.

Dr. Wootton: I will just leave your comments. As you probably know, Health Canada has adopted a population health approach. When I arrived in Health Canada, coming from a provider background which is individually focused, it took some time to integrate the two approaches to the health of a population.

Clearly, there are some efficiencies in considering groups as a whole. Their characteristics come out. One can plan prevention more effectively if one is looking at similar people in similar circumstances and one can design something that particularly fits that.

ce matin, en restant à l'extérieur, c'est la norme de prestation des services de santé aux gens. Chacun a droit, croit-on, à vivre dans une collectivité sûre, à l'endroit de son choix, à gagner sa vie et à recevoir les soins nécessaires. Ce sont des droits fondamentaux.

Compte tenu de l'expérience limitée que j'ai acquise en siégeant pendant neuf ans au conseil d'administration du conseil de la santé de Terre-Neuve, je crois que nous avons des difficultés à gérer le changement. Comment soigner les gens? Comment s'occuper d'une population vieillissante qui souhaite continuer à vivre à la maison? Comment créer un environnement propice à la famille étendue, en permettant aux gens de trouver du travail, de vivre et de faire éduquer leurs enfants? C'est de là, je le soupçonne, que viennent beaucoup des systèmes de soutien dont nous avons besoin à mesure que nous prenons de l'âge et avons besoin de soins.

Je ne peux pas m'empêcher de penser que la clé de tout cela, c'est la santé de la population. J'aimerais avoir votre avis sur ce point. Pour moi, la santé de la population comprend tous les éléments, depuis une eau sûre jusqu'aux services sociaux et tout le reste. Il y a ensuite le domaine médical, avec les options telles que les infirmières praticiennes.

Quand j'étais enfant, nous avions des infirmières dans les petits villages éloignés. J'ai oublié le nom de l'ordre auquel elles appartenaient. Après avoir construit des routes, nous avons pensé pouvoir nous passer des infirmières. Quand nous avions un malade, nous le mettions dans une ambulance pour le transporter à l'hôpital le plus proche, quelque 300 kilomètres plus loin. Dans mon petit coin isolé de la côte, nous avions un bateau-hôpital. C'était dans les années 40, et ce bateau avait même un appareil à rayons X. Encore une fois, nous avons bâti des routes et avons tout centralisé.

Il doit être terriblement difficile de persuader des professionnels compétents d'aller dans les régions éloignées et de donner des soins holistiques. Il y a quelques regroupements de population, avec une clinique au centre. Je ne veux même pas penser au genre de vie que ces gens et leur famille peuvent mener dans ses collectivités. C'est une toute autre histoire. Nous faisons faire aux enfants 50 ou 60 kilomètres en autobus pour aller à l'école. Il n'y a plus de patinoires pour jouer au hockey. La qualité de la vie est le vrai problème. S'ils aiment faire du ski, ils auront beaucoup de montagnes. Cela dépend des aptitudes sociales et des aspirations de ces professionnels.

Dr. Wootton: Je vais m'en tenir à vos observations. Comme vous le savez probablement, Santé Canada a adopté une approche fondée sur la santé de la population. Lorsque je suis arrivé au ministère, venant d'un milieu axé sur le service individuel, il m'a fallu un certain temps pour m'adapter à l'approche de la santé de la population.

De toute évidence, on peut gagner en efficacité en considérant des groupes dans leur ensemble. Leurs caractéristiques ressortent mieux. On peut planifier plus efficacement la prévention en observant des personnes semblables dans des conditions semblables. Il est alors possible de concevoir un système particulièrement adapté à la situation.

In the literature, there is an increasing body of evidence that supports the population health approach and planning and prevention along those lines. The difficulty in rural areas is that there is no university in each area to manage that process. There is no parallel population health manager in most places. I brought to Health Canada an intent to integrate our knowledge from a population health approach into the workforce in all the places where it works.

We should not be considering health care because that is only one of the determinants of health. We must look at poverty and the particular situations of women and children and different populations groups. In rural areas, medical workers must do a mental switch from that frame of mind at some times and move to dealing with an acute emergency on the highway whenever that is the appropriate thing to do.

In my approach to redesigning rural health care, I say we must use that information, but we do not live in a world where we can expect to prevent everything. We cannot. We also cannot ignore the root causes of illness because then we just re-treat illnesses that could have been prevented. We need to integrate those two lines of scientific inquiry.

Rural areas are a good laboratory in which to integrate the two approaches because the populations are better defined. It is a little easier to see the factors that affect health. If a one-resource town has its industry close down, the health effects are immediately noticed. The information is not obscured nor hidden as it can be in some large, complex, urban environments. We must take an integrating approach. Hopefully, some of the reforms will bring together different kinds of providers in teams and bring together those different perspectives.

Dr. Hutten-Czapski: In considering health, I like using the analogy of a cliff. At the very top of the cliff, population health people build fences. Patients who drink or smoke climb over those fences and then fall to the bottom, where physicians and nurses are working at the bottom of the cliff to look after the broken bones.

There are two issues. Obviously we need to build fences at the top of the cliff, but we must also look after the mangled remains of people when they end up at the bottom of the hill. Both sets of work are important.

I include here a graph showing a four-year range in women's life expectancy across the various regions of Canada. Four years is a huge range in population health terms. That range is not because there are no rural doctors. If we could cure all types of cancer with one pill and without side effects, the life expectancy would still only improve by 2.3 years.

On trouve dans la littérature spécialisée des renseignements de plus en plus importants à l'appui de l'approche de la santé de la population, ainsi que de la planification et de la prévention basées sur cette approche. La difficulté, en zone rurale, est qu'il n'existe pas d'université dans chaque région pour gérer le processus. Il n'y a pas de gestionnaire parallèle de la santé de la population dans la plupart des endroits. En assumant des fonctions à Santé Canada, j'avais l'intention de transmettre les connaissances acquises grâce à l'approche de la santé de la population aux membres du personnel de la santé partout où ils se trouvaient.

Nous ne devrions pas concentrer toute notre attention sur les soins parce qu'ils ne constituent que l'un des déterminants de la santé. Nous devons considérer la pauvreté, la situation particulière des femmes et des enfants et les différents groupes de population. Dans les régions rurales, les travailleurs de la santé doivent parfois changer leur optique, par exemple pour traiter une urgence survenue sur la route, chaque fois que c'est nécessaire.

Dans mon approche de la restructuration des services de santé ruraux, j'estime que nous devons nous servir de cette information, mais nous ne vivons pas dans un monde où il est possible de prévenir n'importe quoi. Cela est impossible. En même temps, nous ne pouvons pas faire abstraction des causes profondes de la maladie parce qu'alors, nous aurions à traiter encore et toujours des maladies qu'il est possible de prévenir. Nous devons intégrer les deux voies de la recherche scientifique.

Les régions rurales constituent un bon laboratoire pour l'intégration des deux approches parce que les populations sont mieux définies. Il est plus facile de dégager les facteurs qui affectent la santé. Si l'unique industrie d'une petite ville ferme ses portes, les effets sur la santé sont tout de suite évidents. L'information n'est pas masquée comme elle peut l'être dans un environnement urbain plus étendu et plus complexe. Nous devons adopter une approche d'intégration. On peut espérer que certaines des réformes permettront de réunir dans des équipes différents genres de fournisseurs de soins et de tenir compte de différentes perspectives.

Dr. Hutten-Czapski: Dans le domaine de la santé, j'ai souvent recours à l'analogie de la colline. Au sommet, les responsables de la santé de la population construisent des garde-fous. Les patients qui boivent ou fument passent par-dessus les garde-fous et tombent au bas de la colline, où médecins et infirmières soignent leurs fractures.

Cette question a deux aspects. Nous avons évidemment besoin de construire des garde-fous au sommet de la colline, mais nous devons en même temps nous occuper des blessés qui sont tombés en bas. Les deux aspects du travail sont importants.

J'ai ici un graphique qui montre une différence de quatre ans dans l'espérance de vie des femmes entre les différentes régions du Canada. Dans le domaine de la santé de la population, un écart de quatre ans est énorme. Il ne peut pas s'expliquer par la pénurie de médecins ruraux. S'il nous était possible de guérir tous les genres de cancer en administrant une pilule qui n'aurait aucun effet secondaire, nous n'augmenterions l'espérance de vie que de 2,3 années.

This disparity in life expectancies is a population health issue. Questions like aboriginal health and socio-economic status would be included here. Just because these people are dying off more quickly does not mean that they do not need physicians and nurses. We must deal with both problems. That is clear.

The other issue that Senator Cook mentioned was the lack of things like hockey rinks and the problem of attracting professionals to rural areas. One important research finding about rural medical education is that although many medical practitioners end up in the city, a greater proportion of rural trainees will return to rural areas because they are already comfortable with the rural culture. Apples do not grow in the tropics and, similarly, banana trees do not grow on Fogo Island. It just does not happen. One approach is to train people from rural areas with the technical skills to provide health services. They will be easier to keep.

Mr. Tholl: To reinforce what you have already heard, up until 42 days ago I was the CEO of the Heart and Stroke Foundation of Canada. I do not think you can find an organization more committed to population health and health promotion and illness provision. Now I am CEO of the CMA. I would simply make the observation that all too often health and health care are put in opposition with one another. Even the architects of population health, Evans, Barer and Stoddard, would argue that you must not do that. The economic problem is usually that there is not enough money to go around and choices must be made on where to spend the limited dollars.

I would use a different analogy. It is called the Leeds Declaration. It is one of the earliest documents that helps me to understand this, and I will share it with you. There is upstream thinking and downstream thinking. Some are jumping in the river or off the cliff or being pushed off the cliff for one reason or the other. Others are downstream on the river trying to pluck people out and save them from drowning.

In reality, a CVT surgeon cannot move from downstream to upstream. In the short term, we must see the two issues not in opposition to each other but as existing upstream and downstream at the same time. Let us save those people who smoked their brains out — because it is a Canadian right to do so — once they get down river but, at the same time, let us get some new resources upstream to help kids resist the urge to take up smoking at age 13. I know another senator is working on that.

Senator Cook: I know that currently in the system there are, from a human perspective, human resources of all stripes, shapes and whatever to deliver this health care in a very complex environment, if I might say so. How do you get that which is available, like tele-medicine, the nurse practitioners that could be available to address the concerns of women's health — things

Cette disparité dans l'espérance de vie est une question relevant de la santé de la population, une question faisant intervenir des facteurs tels que la santé des Autochtones et la situation socio-économique. Le fait que des gens meurent plus jeunes ne signifie pas qu'ils n'ont pas besoin de médecins et d'infirmières. Nous devons nous occuper des deux problèmes. Cela est clair.

Le sénateur Cook a également mentionné l'absence de choses telles que des patinoires pour jouer au hockey et la difficulté d'attirer des professionnels dans les régions rurales. La recherche a abouti à une conclusion importante au sujet des services médicaux ruraux: s'il est vrai que beaucoup de médecins s'établissent dans les villes, une proportion assez importante des étudiants venant de régions rurales vont y revenir parce qu'ils se sentent plus à l'aise dans une culture rurale. Les pommiers ne poussent pas sous les tropiques et, inversement, nous aurions de la difficulté à trouver des bananiers productifs dans l'île Fogo. C'est une réalité inéluctable. L'une des solutions consisterait donc à former des gens venant de régions rurales pour leur permettre d'y dispenser des services de santé. Il sera plus facile de les retenir.

M. Tholl: Mes observations iront dans le même sens. Il y a juste 42 jours, j'étais chef de la direction de la Fondation des maladies du cœur du Canada. Je ne crois pas qu'on puisse trouver un organisme plus attaché à la santé de la population, à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie. Je suis maintenant chef de la direction de l'Association médicale canadienne. Je voudrais simplement noter que, beaucoup trop souvent, on a tendance à mettre en opposition la santé et les soins. Même les architectes de la santé de la population, Evans, Barer et Stoddard, sont opposés à ce qu'on le fasse. Ordinairement, le problème est économique: comme il n'y a pas assez d'argent pour s'occuper de tout, il faut choisir comment dépenser des fonds limités.

J'utiliserai une analogie différente, celle de la Déclaration de Leeds. C'est là un des premiers documents qui m'a aidé à comprendre. Voici de quoi il s'agit: il y a un mode de pensée axé sur ce qu'il y a en amont et un autre, basé sur ce qu'il y a en aval. Des gens sautent, tombent ou sont poussés dans la rivière pour une raison ou pour une autre. En aval, des personnes essaient de les pêcher et de les sauver de la noyade.

En réalité, un chirurgien cardio-thoracique n'aurait rien à faire en amont, son travail se trouvant exclusivement en aval. À court terme, nous devons considérer les deux aspects, non pas comme deux réalités mutuellement exclusives, mais comme des éléments qui coexistent, l'un en amont et l'autre en aval. Sauvons donc les gens qui ont fumé comme des cheminées — parce que c'est le droit des Canadiens de le faire — lorsqu'ils arrivent en aval mais, en même temps, plaçons quelques nouvelles ressources en amont pour aider les jeunes à résister à l'attrait du tabac à l'âge de 13 ans. Je sais qu'un autre sénateur s'en occupe.

Le sénateur Cook: Je sais qu'il y a à l'heure actuelle toutes sortes de ressources humaines pour dispenser les services de santé dans un environnement très complexe. Comment faire pour attirer en milieu rural les ressources disponibles, comme la télémédecine, les infirmières praticiennes qui pourraient s'occuper plus particulièrement de la santé des femmes et d'autres ressources qui,

which I think are not being addressed as fully as they could be — into a rural setting?

We could set up a futuristic clinic, but people will not use it if it is not a first class clinic and stocked. Then we are into economics and capital expenses with a mammography machine or tele-medicine or anything to do with distance. I am only seeing this from the standpoint of my own province. Have you any evidence-based information or anything in your research that would help get those barriers down?

Dr. Kulig: There is a project in Taber, Alberta which is funded by the Canadian Health Services Research Fund where they have salaried the physicians. It is an integrated approach, so the patient can see a public health nurse, a nurse practitioner and a physician all in the same day and get it all over with at the same time. That has been a three-year project and it is in its final year. It has had many other wonderful spin-offs. The nurse practitioner that they hired was an outpost nurse in the Yukon for many years. She focuses principally on women's health. She has also dealt with the multicultural issue because in that area we have a great number of Mennonites returning from Mexico and Belize and Paraguay and that is a very challenging group to work with. I have worked with them for the past six years. She has addressed their health needs. If you can address their health needs, you are doing a lot, because that is a very conservative religious group. That might be another project that this committee would want to look at in terms of outcomes. It is felt that, through all the struggles, health has been addressed in a new way for rural residents as well as some of those issues.

You could also probably consider some of areas of Northern Canada with nursing outposts and how these issues have been addressed. I am a former outpost nurse myself and programs have been created that would be applicable to other parts of your province. I know someone from your province who is on our national study on nursing and she is also very diverse in terms of understanding issues like tele-health and women's health and nurse practitioners.

Senator Robertson: Will these people be back in the fall?

The Chairman: Yes, they will be back either individually or collectively.

Senator Robertson: It is impossible to digest all this material in a short time, but I do have two or three quick questions.

I note that a ministerial council on rural health has been announced but seems stalled, according to the Society of Rural Physicians. Would someone care to comment on that? Will that be a driving force?

à mon avis, ne font pas l'objet de mesures aussi complètes qu'il faudrait?

Nous pourrions établir une clinique futuriste, mais les gens n'iront pas là si elle n'est pas dotée de l'équipement le plus moderne. Il y a cependant des facteurs économiques et des immobilisations qui entrent en jeu, qu'il s'agisse d'un appareil de mammographie, de télémedecine ou d'autres choses reliées à la distance. Je considère tout cela du point de vue de ma propre province. Avez-vous connaissance de renseignements basés sur des faits ou de conclusions de recherche qui pourraient contribuer à éliminer ces obstacles?

Dre Kulig: Il y a un projet financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé à Taber, en Alberta. Le projet emploie des médecins salariés dans le cadre d'une approche intégrée. Le patient peut voir dans la même journée une infirmière de santé publique, une infirmière praticienne et un médecin, de façon à franchir toutes les étapes en même temps. C'est un projet de trois ans qui en est à sa dernière année et qui a déjà eu quelques merveilleuses retombées. L'infirmière praticienne qui a été engagée avait travaillé dans un poste isolé du Yukon pendant des années. Elle s'occupe principalement de la santé des femmes. Elle a également acquis une certaine expérience en matière de multiculturalisme parce que nous avons dans cette région un grand nombre de Mennonites venant du Mexique, de Belize et du Paraguay. C'est un groupe avec lequel il est très difficile de travailler. Je le fais moi-même depuis six ans. Une infirmière s'occupe donc de leur santé, ce qui est beaucoup parce qu'il s'agit d'un groupe religieux très conservateur. C'est là un autre projet dont le comité voudra peut-être examiner les résultats. Nous avons l'impression que, malgré toutes les difficultés, ce projet a permis de s'occuper de la santé des habitants des régions rurales d'une nouvelle façon.

Vous pourriez également étudier des régions du Nord canadien où se trouvent des postes isolés dispensant des soins infirmiers, pour voir comment on a réglé ces questions. J'ai été moi-même infirmière dans l'un de ces postes. Il y a des programmes qui pourraient s'appliquer à d'autres régions de votre province. Je connais une personne de Terre-Neuve qui participe à notre étude nationale des soins infirmiers. Elle aussi a une vision d'ensemble qui lui permet de comprendre des questions telles que la télémedecine, la santé des femmes et les infirmières praticiennes.

Le sénateur Robertson: Est-ce que les témoins reviendront cet automne?

Le président: Oui, ils reviendront, séparément ou en groupe.

Le sénateur Robertson: Il est impossible d'absorber toute cette matière en si peu de temps, mais j'ai quand même une ou deux questions rapides à poser.

Je note qu'on a annoncé la création d'un conseil ministériel de la santé rurale, mais que, d'après la Société de la médecine rurale du Canada, le projet semble en suspens. Auriez-vous des commentaires à ce sujet? Est-ce que ce conseil jouerait un rôle important?

Dr. Wootton: I can tell you what I know most recently about it. I think that some of the stalling had to do with the federal election that got in the way in the fall as well as other issues related to that. The minister did announce it in Chesterville last June. The planning to set it up has gone ahead and the funding is in place. I believe it will happen in relatively short order.

Senator Robertson: That is good news.

Mr. Tholl talked about immigrant health professionals and what to do with them, how to bring health professionals in or how to use them when they came. Would you enlarge on that? You skipped over that rather neatly.

Mr. Tholl: I can assure you I did not intend to skip over it. In fact, it is a fairly significant part of the puzzle. We met earlier this morning with Minister Caplan to review issues pertaining to immigration.

Roughly speaking, each year Canadian medical schools graduate between 1,600 to 1,800 doctors. That is increasing in the wake of announcements lately. We still have about 400 physicians per annum who come into Canada either on a requested basis or not and many of them wind up practising in rural and remote communities.

The concern I was trying to relate to the committee was that if you are examining an overall national plan, you must consider how many doctors are leaving each year and how many are coming in each year to ensure that particularly those who are coming in are trained to a certain level and do not come here with false expectations about either readily getting accredited to do this kind of practice or this specialty practice, or that they simply see a request to practise in Saskatchewan as an one-year layover en route to Toronto.

In that context, the particular issue that is on the table with respect to implementation of Bill C-11 is the issue of what we mean by a temporary licence to practise medicine in this country. Is it restricted to one province, or is it applicable, once you get landed immigrant status, to practice anywhere in Canada? That is the particular issue to which I was referring and it has particular application to what, I would emphasize, is the short-term fix. We cannot continue to, for one reason or another, rely on doctors from South Africa or other parts of the world to meet our short-term needs. We must develop a self-sustaining physician national plan.

Senator Robertson: What would you do with them after they have served their time, as you are identifying?

The Chairman: We will find a better way to phrase that in the report.

Mr. Tholl: Certainly those who could qualify and pass their requisite exams would then be entitled to practice as provided for by mobility rights. As residents of Canada, they would be allowed to practise wherever they found themselves. However, in period of

Dr. Wootton: Je peux vous mettre au courant des développements les plus récents. Je crois que le retard est attribuable aux élections fédérales de l'automne ainsi qu'à d'autres facteurs connexes. Le ministre l'a effectivement annoncé à Chesterville en juin dernier. Les préparatifs ont commencé et le financement nécessaire est prévu. Je crois que le conseil sera établi d'ici peu de temps.

Le sénateur Robertson: C'est une bonne nouvelle.

M. Tholl a parlé des immigrants qui sont des professionnels de la santé et de ce qu'il convient d'en faire, des moyens de faire venir ces professionnels et de les utiliser à leur arrivée. Pourriez-vous nous en dire un peu plus à ce sujet? Vous l'avez abordé un peu vite, je crois.

M. Tholl: Je peux vous assurer que ce n'était pas intentionnel. En fait, cette question revêt une certaine importance dans le tableau d'ensemble. Nous nous sommes entretenus ce matin avec la ministre Caplan pour examiner les questions reliées à l'immigration.

En gros, les écoles canadiennes de médecine forment chaque année entre 1 600 et 1 800 médecins. D'après les annonces faites récemment, ce nombre devrait augmenter. Nous avons encore tous les ans environ 400 médecins qui viennent de l'étranger, invités ou non, et dont beaucoup finissent par exercer dans des collectivités rurales et éloignées.

J'essayais d'expliquer au comité qu'en examinant le plan national d'ensemble, il faut tenir compte du nombre de médecins qui quittent le Canada chaque année et du nombre de médecins qui arrivent, surtout pour s'assurer que ces derniers ont la formation nécessaire et ne viennent pas chez nous en s'attendant soit à être facilement agréés comme spécialistes ou autrement, soit à faire une année de purgatoire en Saskatchewan en attendant de s'établir à Toronto.

Dans ce contexte, nous examinons en particulier les dispositions du projet de loi C-11 et ce que signifie un permis temporaire d'exercer la médecine au Canada. Est-ce limité à une seule province, où est-ce que le permis permet au titulaire d'exercer n'importe dans le pays une fois qu'il a le statut de résident permanent? C'est la question particulière que je mentionnais et qui revêt une certaine importance dans le contexte d'une solution à court terme. Pour quelque raison que ce soit, nous nous ne pouvons pas continuer à compter sur des médecins venant d'Afrique du Sud ou d'autres régions du monde pour répondre à nos besoins à court terme. Nous devons élaborer un plan national permettant de former un nombre suffisant de médecins.

Le sénateur Robertson: Et que feriez-vous d'eux après qu'ils auront fait leur temps, comme vous le dites?

Le président: Nous trouverons un meilleur moyen d'exprimer cela dans notre rapport.

M. Tholl: Ceux qui réussiront aux examens prévus auront le droit d'exercer là où ils le veulent, conformément à la liberté de circulation et d'établissement. Comme résidents du Canada, ils seraient autorisés à exercer à l'endroit de leur choix. Toutefois,

time that they have a restrictive licence, they would be required to stay in that province.

Senator Robertson: That makes good sense. Thank you.

In the report, *State of Rural Healthcare*, one word jumps off the page. The fourth priority of the national rural health strategy would be "Funding to let universities develop —" et cetera. What is your definition of "let" used in that regard?

Dr. Hutten-Czapski: As I was saying, the rural physician currently is produced by accident and not by design. In fact, the largest, source medical school that is most pertinent to rural Canada is the University of Johannesburg. We have 1,500 physicians from South Africa in Saskatchewan. Over half of the rural doctors in Saskatchewan are foreign trained.

The Chairman: Is that over 50 per cent?

Dr. Hutten-Czapski: It is over 50 per cent in Saskatchewan.

The Chairman: I am dumfounded by the number because it seems so astronomically high.

Dr. Hutten-Czapski: I should point out, that for Canadian schools, the one school that is shining and stellar is Laval University.

Senator Morin: It is the best university in the country.

Dr. Hutten-Czapski: I wonder why you think so.

The Chairman: For those who do not know, Senator Morin was Dean of the medical school there prior to coming to the Senate.

Dr. Hutten-Czapski: It has a rural-friendly program and that is exactly what we need. We need a university that actually undertakes this. Universities are very amenable to money because they do not have any. If you give them money and say, "Develop a rural-friendly program," they will develop a rural-friendly program for you. They will do it in short order. The catch is whether they buy into it. To do that, you either have to be visionary like Laval University or you have to be bribed. One way to give them incentive is to say, "Work out the program on how to do it and then we will give you more money to implement it, but we will only pay you as you implement it. If you have a five-point plan and you give us one point, we will give you this much money. If you give us two points, we will give you this much money."

That is how we can move them in rather short order into rural-friendly stances, for both recruitment of people from rural regions — which will be important — and also in terms of having a curriculum that trains people so they do not need to have a CT scanner in the basement to be able to practise medicine.

Senator Robertson: Encourage might be a better word.

tant qu'ils détiennent un permis temporaire, ils devraient être tenus de rester dans une seule province.

Le sénateur Robertson: C'est logique. Je vous remercie.

Dans le rapport sur la situation des services de santé ruraux, il y a un mot qui saute aux yeux. La quatrième priorité de la stratégie nationale de santé rurale est d'assurer «un financement pour permettre aux universités...» et cetera. Quelle est votre définition de «permettre» dans ce contexte?

Dr. Hutten-Czapski: Comme je l'ai dit, le médecin rural est actuellement le produit d'un accident plutôt que d'un processus planifié. En fait, la plus grande école de médecine qui intéresse particulièrement le Canada rural comme source de médecins est celle de l'Université de Johannesburg. Nous avons 1 500 médecins venant d'Afrique du Sud en Saskatchewan. Plus de la moitié des médecins ruraux en Saskatchewan ont été formés ailleurs.

Le président: Vous dites plus de 50 p. 100?

Dr. Hutten-Czapski: C'est effectivement plus de 50 p. 100 en Saskatchewan.

Le président: Je trouve ce nombre vraiment astronomique.

Dr. Hutten-Czapski: Je devrais peut-être signaler que, parmi les établissements canadiens, celui qui se distingue le plus à cet égard est l'université Laval.

Le sénateur Morin: C'est la meilleure université du pays!

Dr. Hutten-Czapski: Je ne suis pas surpris de vous entendre dire cela!

Le président: Pour ceux qui ne le sauraient pas, le sénateur Morin était doyen de la faculté de médecine de Laval avant de venir au Sénat.

Dr. Hutten-Czapski: Le programme d'études y est favorable aux ruraux. C'est exactement ce dont nous avons besoins. Nous avons besoin d'universités qui agissent ainsi. Les universités sont très sensibles à l'argent, parce qu'elles n'en ont jamais. Si on leur donne de l'argent en lui disant: «Établissez un programme pro-rural», elles le feront sans tarder. La question est de savoir si elles y mettent assez de conviction. Pour le faire, elles doivent être visionnaires, comme Laval, ou accepter les pots-de-vin. Une façon de les motiver consiste à leur dire: «Développez donc un programme établissant comment faire, puis nous vous donnerons encore plus d'argent pour le mettre en œuvre. Si vous avez un plan en cinq points et que vous nous donniez un point, vous aurez X dollars. Si vous nous en donnez deux, vous aurez Y dollars.»

Voilà comment nous pouvons amener les universités à adopter à court terme une attitude pro-rurale, d'une part dans le recrutement d'étudiants venant de régions rurales, ce qui est important, et de l'autre, en établissant des programmes d'études qui apprennent aux gens à pratiquer la médecine même s'ils ne disposent pas d'un tomodynamomètre dans la cave de la maison.

Le sénateur Robertson: Vous devriez plutôt dire «encourager».

The Chairman: We will call it an incentive rather than a bribe.

Mr. Tholl: Laval is certainly a lesson worth noting. I would observe for the committee that when you examine success in going to and staying in rural remote areas, there is some interesting data that can be traced back to the school of graduation. For example, McMaster University has three times the success rate, because of its training program, in placing and retaining physicians in rural remote areas, relative to the University of Toronto.

The University of Calgary has also been quite successful in providing undergraduate training programs that enable physicians to more successfully deal with the professional issues of practising in rural remote areas. We have data that can support the school of graduation as being fairly instrumental to success in physicians moving to and staying in rural and remote areas.

Senator Callbeck: The areas I wanted to question have been covered, but certainly I want to thank the witnesses. Being from rural Prince Edward Island, I am very much aware of most of the challenges that you presented here this morning.

The Chairman: I have a request for further information from Dr. Hutten-Czapski. In your first recommendation you talked about reducing structural barriers. It would help us if you could identify precisely, rather than generically, those structural barriers. I know you know what they are and I understand why you did it generally here, but if you could note, in bullet point form, the three or four key points and send them that to us it would be great.

Dr. Hutten-Czapski: I would be happy to, but briefly, the structural barriers could be overcome by the three committees. I am by no means an expert on government, so I fear to tread with any specifics on how to overcome inertia.

The Chairman: I thank you all for coming. This has been a terrific session and we will be doing a cross-country series of hearings in the fall so we will see you much closer to your home bases.

The committee adjourned.

Le président: Nous parlerons d'incitatifs plutôt que de pots-de-vin.

M. Tholl: Laval a certainement une leçon à nous apprendre. Je voudrais noter, pour la gouverne du comité, que lorsqu'on examine le taux de succès au chapitre de l'envoi et du maintien en fonction des médecins dans les zones rurales et éloignées, il y a des données intéressantes reliées à l'école où ces médecins ont obtenu leur diplôme. Par exemple, l'Université McMaster a, sur ce plan, trois fois le taux de succès de l'Université de Toronto à cause de son programme d'études.

L'Université de Calgary a également eu beaucoup de succès avec des programmes de premier cycle qui apprennent aux médecins à mieux affronter les problèmes professionnels de l'exercice en milieu rural. Nous disposons de données qui montrent que l'école de médecine joue un rôle assez important dans l'établissement à long terme des médecins dans les régions rurales et éloignées.

Le sénateur Callbeck: Les questions qui m'intéressaient ont déjà été posées, mais je tiens à remercier les témoins. Venant moi-même d'une région rurale de l'Île-du-Prince-Édouard, je suis très consciente de la plupart des problèmes que vous avez évoqués ce matin.

Le président: J'ai quelques renseignements à demander au Dr Hutten-Czapski. Dans votre première recommandation, vous avez parlé de réduire les obstacles structurels. Il serait utile pour nous que vous puissiez préciser ces obstacles plutôt que d'en parler d'une façon générique. Je sais que vous en connaissez la nature et je me doute des raisons pour lesquelles vous les avez mentionnés d'une façon générale ici. Mais je vous serais reconnaissant de nous envoyer, sous forme d'une liste très brève de trois ou quatre points, les principaux obstacles auxquels vous pensez.

Dr. Hutten-Czapski: Je le ferai avec plaisir, mais je vais dire très brièvement que les trois comités peuvent surmonter les obstacles structurels. Je ne suis pas du tout un expert de la procédure gouvernementale et je craindrais donc de m'aventurer à recommander des mesures précises pour vaincre l'inertie.

Le président: Je vous remercie tous d'être venus. Nous avons eu une séance extrêmement fructueuse. Comme nous avons l'intention de tenir des audiences à différents endroits cet automne, nous vous reverrons certainement plus près de chez vous.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Health Canada:

Dr. John Wooton, Special Advisor on Rural Health,
Population and Public Health Branch.

From the Canadian Medical Association:

William Tholl, Secretary General and Chief Executive
Officer.

From the Society of Rural Physicians of Canada:

Dr. Peter-Hutten-Czapski, President.

From the Consortium for Rural Health Research:

Dr Judith Kulig.

De Santé Canada:

Dr John Wooton, conseiller spécial en santé rurale, direction
générale de la population et de la santé publique.

De l'Association médicale canadienne:

William Tholl, secrétaire générale et président-directeur
général.

De la Société de la médecine rurale du Canada:

Dr Peter-Hutten-Czapski, président.

De la Consortium for Rural Health Research:

Dre Judith Kulig.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 6, 2001

Le mercredi 6 juin 2001

Issue No. 18

Fascicule n° 18

Sixteenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Seizième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Graham, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin was substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*June 6, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cordy was substituted for that of the Honourable Senator Morin (*May 31, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Graham, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 6 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 31 mai 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 6, 2001

(19)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 5:35 p.m., the Chairman, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Roche (7).

Other senators present: The Honourable Senators Beaudoin, Grafstein and Joyal, P.C. (3).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From the University of Ottawa:

Ms Martha Jackman, Professor, Faculty of Law.

From the University of Calgary:

(By Video Conference)

Dr. Sheilah Martin, Professor, Faculty of Law

The Chairman made a statement.

Professor Jackman made a statement.

The Chairman made a statement.

Professor Martin made a statement.

The witnesses answered questions.

At 7:27 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:**PROCÈS-VERBAL**

OTTAWA, le mercredi 6 juin 2001

(19)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, à 17 h 35, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Roche (7).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Beaudoin, Grafstein et Joyal, c.p. (3).

Également présente: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de santé du Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi, voir les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

TÉMOINS:

De l'Université d'Ottawa:

Mme Martha Jackman, professeure, Faculté de droit.

De l'Université de Calgary:

(Par vidéoconférence)

Mme Sheila Martin, professeure, Faculté de droit.

Le président fait une déclaration.

Mme Jackman fait une déclaration.

Le président fait une déclaration.

Mme Martin fait une déclaration.

Les témoins répondent aux questions.

À 19 h 27, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 6, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 5:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, it may come as a surprise that the Social Affairs Committee's study on health care really is somewhat of a preamble to laying out what, in our view, the federal role ought to be in health care. Further, in the course of that study, it is amazing that perhaps we should have found ourselves confronting a constitutional question. Let me, just for the record, explain to you how this issue arose, and in so doing thank my colleague Senator Beaudoin, who is a constitutional expert in the Senate and who was able to find for us our two witnesses today, Professor Jackman and Professor Martin.

The issue that arose is the following: Given the fact that health care is regarded by most people — and indeed, if you look at some of the words used by people such as Justice Bertha Wilson, health care is regarded as one of those essential services that if it is not protected by the Charter, it probably ought to be. Yet in the evidence before the committee over the last several months, it has become increasingly clear that government has restricted access to health care services for budgetary reasons. That is to say that what has happened is that, by limiting the amount of money available for health care, government has, essentially, made timely access in certain fields no longer possible.

Thus the question that arose before the committee was essentially the following: Suppose someone is on a waiting list for a health care procedure for a considerable period of time, and as a result of the delay engendered by being on that waiting list, they die. The question then is, given the fact that the waiting list was created by government in an attempt to control money, which is the fundamental cause of the lack of timely access, has that person's Charter rights been violated or, alternatively, is it possible for government to have a lengthy waiting list for health care procedures and thus restrict timely access, and simultaneously deny individuals the right to purchase the service from a parallel private system? That is to say, can you simultaneously make it difficult to obtain a service in the public system and make it equally impossible, or very difficult, to obtain that same service through a private system? In other words is that, in fact, the situation that we now have in the country, and is it constitutional, in particular vis-à-vis the Charter of Rights?

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 6 juin 2001

Le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 17 h 35 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, il vous surprendra peut-être que l'étude du Comité des affaires sociales sur l'état de soins de santé soit en quelque sorte le préambule d'un exposé de ce que devrait être à notre avis le rôle du gouvernement fédéral en matière de soins de santé. Par ailleurs, à mesure que se déroule cette étude, le fait que nous nous trouvons peut-être confrontés à une question d'ordre constitutionnel n'a pas manqué de nous étonner. Pour mémoire, j'aimerais vous expliquer comment la question a commencé à se poser, et à ce titre, je voudrais remercier mon collègue le sénateur Beaudoin, constitutionnaliste de renom dans nos rangs, qui a réussi à nous trouver deux témoins pour notre réunion d'aujourd'hui, les professeurs Jackman et Martin.

La question qui a surgi est celle-ci: Étant donné que le système de santé est considéré par la plupart des Canadiens — et d'ailleurs, si vous relisez ce qu'ont dit à ce sujet des gens comme Mme le juge Bertha Wilson, les soins de santé sont considérés comme l'un des services essentiels qui, même s'il n'est pas protégé par la Charte, devrait probablement l'être. Pourtant, les témoignages que nous entendons depuis plusieurs mois ont révélé de plus en plus clairement que le gouvernement en est arrivé à limiter l'accès aux services de santé pour des raisons budgétaires. Cela revient à dire en d'autres termes, qu'en limitant les crédits qu'il accorde à la santé, le gouvernement a ni plus ni moins rendu impossible l'accès à certains services dans des délais raisonnables.

Par conséquent, la question qui s'est posée au comité est devenue essentiellement la suivante: Supposons que quelqu'un soit, depuis très longtemps, sur une liste d'attente en vue d'une intervention médicale quelconque et que, suite à ce retard, cette personne perde la vie. Il importe alors de se demander, étant donné que la liste d'attente en question a été provoquée par le gouvernement soucieux de limiter ses dépenses, ce qui est la raison fondamentale pour laquelle l'accès aux services nécessaires n'a pas été donné dans un délai raisonnable, si les droits conférés à la personne en question en vertu de la Charte des droits n'ont pas été violés. Ou encore est-il possible pour le gouvernement d'avoir une longue liste d'attente pour certaines interventions médicales, ce qui limite par conséquent l'accès à ces mêmes services dans un délai raisonnable, et de refuser parallèlement à certaines personnes le droit d'acheter les services dont elles ont besoin auprès d'un fournisseur privé? Cela revient à se demander si on peut simultanément rendre difficile l'accès à un service dans un système public et rendre tout aussi impossible, voire très difficile, d'obtenir le même service en passant par un système privé? En d'autres termes se pourrait-il que ce soit là, en réalité, la situation que nous connaissons aujourd'hui au Canada et cela est-il constitutionnel, en particulier pour ce qui est de la Charte des droits?

That is the question we have posed to our two witnesses and, as I understand it, Professor Jackman will comment on it from the point of view of section 7, which is the life, liberty and security of the person provision, and Professor Martin will comment on it from the point of view of section 15, which is the famous equality rights provision. I suggest that each of you take 10 minutes or so to summarize your views on the question, following which we will have a round table discussion, recognizing that our ultimate end is to get a pretty good fix on the question of whether or not the Canada Health Act is as it is popularly interpreted. In my opinion, that is an important milestone because, in a report that we have already made, it is very clear that many things that people think about the Canada Health Act are not, in fact, true. In fact, a great many things that elected politicians of all parties say about the Canada Health Act are not true — or, at the very best, they are misleading. Therefore, it would be important for us to understand how far government can go in denying people access to a parallel system. That is really the question. With that as the laying out of the issue, Professor Jackman, would you care to give us your views?

Ms Martha Jackman, Professor, Faculty of Law, University of Ottawa: Mr. Chairman, this is a topic that is dear to my heart, and I am very glad to be able to talk to you about it.

I think, as a preamble, it is probably important to take just a minute or two to understand how the Charter applies in the health care context because, initially, the Supreme Court seemed to indicate that private and semi-private health care providers — hospitals, most notably — were not subject to Charter review. That was illustrated in the early *Stoffman v. Vancouver General Hospital* case where a physician complained about being forced to retire at 65. He challenged this ruling, and the court said that the Charter did not apply to the hospital's decision.

In a subsequent case, the *Eldridge* case, which Professor Martin will surely discuss in greater depth, the court revisited that issue and essentially held that while it remains true that hospitals, for the purposes of the Charter, are considered as private rather than governmental entities, the Charter does apply to government delegates when they are delivering publicly funded public services. Therefore, when hospitals are making decisions about the delivery of health care, those decisions are clearly subject to review. That being the case, then, so government entities such as federal, provincial and municipal governments and public health authorities would be subject to Charter review. Thus many or all quasi-public institutions that deliver publicly funded health care are also subject to Charter review, and I personally would argue that even physicians are so subject because they are simply another mechanism for delivering publicly funded services. However, the issue of the application of the Charter to physicians

Voilà donc la question que nous avons posée à nos deux témoins et, si j'ai bien compris, la professeure Jackman va nous en parler sous l'angle de l'article 7, c'est-à-dire la disposition concernant la vie, la liberté et la sécurité de la personne, et la professeure Martin va nous en parler sous l'angle de l'article 15, qui est la fameuse disposition concernant le droit à l'égalité. Je propose à chacun de nos témoins de résumer leurs opinions à ce sujet en une dizaine de minutes, après quoi nous allons procéder à une discussion en table ronde en restant conscients que notre objectif, au bout du compte, est d'arriver à bien circonscrire la question de savoir si la Loi canadienne sur la santé correspond bien à l'interprétation la plus courante qui en est donnée. À mon avis, il s'agit là d'un repère important étant donné que, dans un rapport que nous avons déjà présenté, il apparaît clairement qu'il y a beaucoup de choses que bien des gens croient à propos de la Loi canadienne sur la santé qui, en réalité, sont fausses. D'ailleurs, beaucoup de choses que les politiciens élus de tous les partis affirment au sujet de cette loi sont fausses ou, à tout le moins, ouvrent la porte à de mauvaises interprétations. Par conséquent, il serait important que nous comprenions bien jusqu'où le gouvernement peut aller en refusant aux gens d'avoir accès à un système parallèle. Voilà le noeud de la question. Le problème ayant ainsi été délimité, professeure Jackman, auriez-vous l'obligeance de nous donner votre avis?

Mme Martha Jackman, professeure, Faculté de droit, Université d'Ottawa: Monsieur le président, il s'agit là d'un domaine qui m'est cher et je suis très heureuse de pouvoir vous en entretenir.

En guise de préambule, je dirais qu'il est sans doute important de consacrer quelques instants à bien comprendre en quoi la Charte s'applique dans le contexte de la santé étant donné qu'à l'origine, la Cour suprême avait semblé laissé entendre que les fournisseurs de services de santé privés et semi-privés — et en particulier les hôpitaux — ne relevaient pas de la Charte. Cette opinion a été illustrée il y a un certain temps déjà dans l'arrêt *Stoffman c. Vancouver General Hospital*, une cause dans laquelle un médecin s'était plaint d'avoir été contraint de prendre sa retraite à 65 ans. Il avait contesté cette décision, et le tribunal lui avait répondu que la décision de l'hôpital n'était pas assujettie aux dispositions de la Charte.

Dans une cause ultérieure, l'affaire *Eldridge*, dont la professeure Martin va sûrement parler beaucoup plus longuement, le tribunal avait rouvert le dossier et avait pour l'essentiel soutenu que, même s'il est vrai que les hôpitaux, au regard de la Charte, sont considérés comme des organismes privés plutôt que publics, la Charte s'applique effectivement aux instances déléguées de l'État lorsque ces instances offrent des services financés par le trésor public. Par conséquent, lorsqu'un hôpital décide d'offrir ou non certains soins de santé, cette décision tombe assurément sous le coup de la Charte. Cela étant, les organes de l'État comme les gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux ainsi que les pouvoirs publics responsables de la santé doivent se conformer aux dispositions de la Charte. Par conséquent, un grand nombre, voire la totalité des institutions quasi-publiques qui dispensent des soins de santé financés par le trésor public relèvent également de la Charte, et je soutiendrai quant à moi que même les médecins

has not yet been addressed by the court. Nevertheless, I think we can take as a given now that the Charter does apply in the health care sector, and certainly to the decisions of government which we are talking about here in the context of the Canada Health Act.

In terms of your hypothetical person who is ill or dying while on a waiting list for a rationed health care service, he or she would have to overcome a few hurdles before succeeding in a Charter claim. First of all, section 7 guarantees the right to life, liberty and security of the person, and provides that those rights can only be deprived in accordance with principles of fundamental justice. Thus the first stage of the analysis for the patient is to prove that either her death whilst on a waiting list for a rationed health care procedure, or the risks of her illness remaining untreated while on such a waiting list are a threat to her security of the person, or indeed her life.

I would argue that, absolutely, section 7, the right to life and security of the person, does include a right to health and to health care services, and indeed to publicly funded health care services. How I get there is really by looking at section 7 in the context within which it was adopted and, as Justice Bertha Wilson suggested in the *Stoffman* case, which Senator Kirby alluded to, it is a defining feature of our society. I think Canadians consider access to publicly funded health care as a right of social citizenship, and if you went around and asked ordinary Canadians what they think the right to security of the person might mean, surely they would refer to fundamental social programs such as welfare, unemployment insurance and health care.

In addition, shortly before the enactment of the Charter, Canada ratified the International Covenant on Civil and Political Rights as well as the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. The right to life under the International Covenant on Civil and Political Rights has been interpreted quite expansively, and in fact in a recent report of the UN Human Rights Committee on Canada's compliance with that covenant, the committee remarked critically on Canada's failure to address poverty and other social welfare problems, including the lack of access for poor women to certain aspects of the health care system. Therefore, certainly in terms of the civil and political rights covenant, one could argue that the right to life should include a health care aspect.

However, what is more important, the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights explicitly recognizes the right to health and the right to publicly funded health care services. In addition, the Supreme Court of Canada has recognized

sont assujettis à celle-ci étant donné qu'ils ne sont, somme toute, qu'un des mécanismes de prestation de services financés par le trésor public. Par contre, la question de l'application de la Charte aux médecins n'a pas encore été tranchée par les tribunaux. Je pense néanmoins que nous pouvons d'ores et déjà prendre pour acquis que la Charte s'applique bel et bien dans le secteur de la santé et assurément aussi aux décisions du gouvernement dont nous parlons ici dans le contexte de la Loi canadienne sur la santé.

Pour revenir à cette personne hypothétique qui est malade ou qui meurt alors qu'elle est sur une liste d'attente en vue d'une intervention médicale rationnée, cette personne aurait plusieurs obstacles à franchir avant d'obtenir gain de cause en vertu de la Charte. Pour commencer, l'article 7 garantit le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne et prescrit que ces droits ne peuvent être refusés que dans le respect des principes de la justice fondamentale. Par conséquent, pour le patient en question, la première étape de l'analyse doit consister à prouver soit que sa mort alors qu'il était sur une liste d'attente en vue d'une intervention médicale rationnée, soit que les risques qu'il continue à ne pas être soigné pour sa maladie pendant qu'il est sur cette liste d'attente représente une menace pour la sécurité de sa personne, voire pour sa vie.

Je soutiendrai aussi que, c'est tout à fait certain, l'article 7 qui accorde le droit à la vie et à la sécurité de la personne inclut un droit à la santé et aux services de santé, et donc un droit aux services de santé financés par le trésor public. Cette conclusion, je la tire en analysant l'article 7 dans le contexte dans lequel il avait été adapté et, comme Mme le juge Bertha Wilson l'avait laissé entendre dans l'arrêt *Stoffman* auquel le sénateur Kirby a déjà fait allusion, il s'agit d'une caractéristique déterminante de notre société. Je pense que les Canadiens considèrent l'accès aux services de santé financés par le trésor public comme un droit de citoyenneté sociale et, si vous demandiez autour de vous quelle est la signification que les Canadiens accordent au droit à la sécurité de la personne, il est certain qu'ils vous parleraient des programmes sociaux fondamentaux comme le bien-être social, l'assurance-emploi et l'assurance-santé.

Par ailleurs, peu avant la promulgation de la Charte, le Canada a ratifié le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, de même que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Le droit à la vie conféré par le Pacte international sur les droits civils et politiques a été interprété fort libéralement, et d'ailleurs, dans un rapport récemment publié par le Comité des droits de l'homme des Nations Unies au sujet de la façon dont le Canada se conformait aux dispositions de ce pacte, le comité en question a critiqué le Canada pour n'être pas intervenu sur le front de la pauvreté et d'autres problèmes relatifs au bien-être social, y compris le fait que les femmes vivant dans la pauvreté n'avaient pas accès à certains volets du système de santé. Par conséquent, il est certain que sous l'angle du Pacte concernant les droits civils et politiques, on pourrait soutenir que le droit à la vie devrait contenir une composante relative aux soins de santé.

Par contre, ce qui est plus important encore, c'est que le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît expressément le droit à la santé et le droit à des services de santé financés par le trésor public. Par ailleurs, la Cour

increasingly that when we are interpreting Charter guarantees, we must do that in a way that corresponds with, or gives effect to, the international human rights commitments which Canada has undertaken, and these are obviously binding on the provinces as well. Therefore I think one could argue, at least in principle, that the right to life, liberty and security should protect health care related interests.

Where it becomes difficult is to identify what exactly that means. In other words, to state broadly that publicly funded health care and access to it is an aspect of a section 7 right, and then to get from there to saying that when someone is languishing on a waiting list, or even potentially dying while they are waiting for service, that this represents a section 7 violation, that is a lot more difficult. The reasons for my saying that is that the Supreme Court of Canada, and even more so the lower courts, have been very reluctant to interpret the Charter in a way that imposes positive obligations on government. Obviously, the repercussions of finding a right to health under section 7 is that the government has to spend money to ensure that we have access to that right, or that we can actually enjoy that right. Therefore, in terms of judicial attitudes to these types of claims, you have some problems.

In addition, as I mentioned, once you demonstrate that you have been deprived of a life or security of a person-related interest, that deprivation is only unconstitutional if it does not respect principles of fundamental justice. What does that notion mean in the health care context?

In a non-health care context, decisions which have been found to not be in accordance with principles of fundamental justice have been decisions which violate fundamental tenets of our legal system, for example the rule of law, decision-making which is arbitrary and discriminatory, and there is some suggestion that decision-making which violates international human rights norms could also be characterized as not being in accordance with principles of fundamental justice.

To date, most of the decisions that the court has rendered on this issue have been in the criminal or quasi-criminal area, and the procedures which have been considered fundamentally unjust have really been found lacking on due process type grounds. Thus, failure to provide an adequate hearing; in one case, for example, failure to provide access to Legal Aid in a child apprehension situation. However, the court has not gone anywhere near any kind of decision-making such as we are talking about here.

What kinds of arguments would you need to make, then, to support a claim that having a person wait for costly, rationed health care service is a violation of fundamental justice? I think that claim would be difficult to make for a number of reasons. The biggest obstacle is that clearly there is some rhyme or reason to the decision-making in this area. After all, there is a process for rationing services through provincial health insurance regimes.

suprême du Canada a de plus en plus souvent reconnu que, lorsque nous interprétons les garanties données par la Charte, nous devons le faire d'une façon qui soit conforme aux engagements internationaux contractés par le Canada dans le domaine des droits de l'homme ou qui les met en oeuvre, et cela engage manifestement les provinces elles aussi. Je dirais par conséquent qu'on pourrait effectivement soutenir, en principe du moins, que le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité devrait aussi protéger les intérêts relatifs aux soins de santé.

Là où la chose devient difficile, c'est lorsqu'il s'agit de déterminer exactement ce que cela signifie. En d'autres termes, déclarer d'une façon générale que les soins de santé financés par le trésor public et l'accès à ces mêmes soins de santé représente un volet du droit conféré par l'article 7, puis de là affirmer que lorsque quelqu'un se languit sur une liste d'attente, voire risque de mourir alors qu'il attend une intervention médicale dont il a besoin, cela représente une violation de l'article 7, voilà qui est beaucoup plus difficile. Si je vous dis cela, c'est que la Cour suprême du Canada, et de plus en plus aussi les autres tribunaux, répugnent beaucoup à interpréter la Charte d'une façon qui impose au gouvernement des obligations positives. Il est manifeste que les conséquences qu'aurait l'affirmation d'un droit à la santé en vertu de l'article 7 seraient que le gouvernement devrait dépenser de l'argent afin que nous puissions jouir de ce droit, ou à tout le moins nous en réclamer. Par conséquent, l'attitude de la magistrature à l'endroit de revendications de ce genre n'est pas sans poser certains problèmes.

Par ailleurs, comme je l'ai déjà signalé, dès lors que vous avez prouvé qu'on vous a nié un intérêt apparenté au droit à la vie ou à la sécurité, ce déni n'est inconstitutionnel que s'il ne respecte pas les principes de la justice fondamentale. Or, qu'est-ce que cette notion signifie dans le contexte des soins de santé?

Dans d'autres contextes, des décisions qui ont été jugées non conformes aux principes de la justice fondamentale ont été celles qui violaient les fondements mêmes de notre système de droit, comme l'État de droit. Il s'agissait de décisions arbitraires et discriminatoires, et on a d'ailleurs laissé entendre que les décisions qui violaient les normes concernant les droits humains internationaux pouvaient également être qualifiées de non conformes aux principes de la justice fondamentale.

Jusqu'à présent, la plupart des jugements rendus par les tribunaux dans ce dossier portaient sur des affaires pénales ou quasi-pénales, et les procédures qui ont ainsi été jugées fondamentalement injustes l'ont été pour des raisons tenant de l'iniquité de la procédure suivie, par exemple parce qu'il y avait eu déni d'audience, ou encore parce qu'on avait refusé l'aide juridique à un parent à qui la garde d'un enfant avait été enlevée. Toutefois, la magistrature n'a jamais été jusqu'à prendre une décision comme celle dont nous parlons ici.

Quelle serait donc l'argumentation nécessaire à l'appui d'une cause à l'effet qu'une personne qui doit attendre pour pouvoir bénéficier d'un service de santé coûteux, mais rationné est victime d'une violation des principes de la justice fondamentale? Je pense qu'une telle cause serait difficile à faire valoir pour plusieurs raisons. Le principal obstacle tient au fait que, de toute évidence, la décision qui a été prise à cet effet est d'une façon ou d'une

Services are listed and then they are made available within the means of governments. The real problem here again, though, is one of judicial attitudes and a general reluctance on the part of the courts to interfere in things that they consider to be social and economic policy-making, and clearly, health care decision-making falls into that category. Thus it would be up to the patient able to convince the court that her right to life or security had been infringed, that the process whereby it was infringed was not in accordance with principles of fundamental justice because it was simply irrational, that this decision-making really does not have any rhyme or reason to it, that it is just ad hoc decision-making based on what costs the most, what sectors of the medical profession are best at advocating for funding for their interventions, et cetera.

The final obstacle for the patient is under section 1 of the Charter because section 1 provides governments with the opportunity to attempt to justify violations of individual rights. Section 1 says, essentially, that individuals are guaranteed their rights subject to such reasonable limits as are demonstrably necessary in a free and democratic society. The court has developed a fairly legalistic set of rules for deciding when a violation of an individual right is justifiable and when it is not. The first thing that the government has to show is that the objectives it was pursuing when it violated the individual's right were sufficiently important. The second set of things that it has to demonstrate is that the means it adopted to pursue those objectives were rational and proportionate. If we take again the example of the patient on the waiting list, what we would really say is that the patient, as Senator Kirby has presented it, is a victim of our single-payer health care system where resources have been rationed.

Is rationing of health care services an important objective? Here I think I would have to argue that absolutely it is. Senator Kirby sent me a recent Quebec Superior Court case that addressed this issue, and one of the expert witnesses who appeared on that case was Theodore Marmor from the Yale School of Public Administration, as I recall, and he, along with just about anybody else who has ever looked at this issue, acknowledges that the most rational, effective and accessible health care system is a single-payer system such as the one we have in Canada. It has been clearly demonstrated that private health care costs more, and that parallel public and private health care costs more, and that, in the end patients do not end up better served. In particular, patients who are economically disadvantaged are not better served in a parallel or a private health care system. Therefore when the government suggests that people are on waiting lists because, by necessity, in a single-payer system we wait in turn to have access to certain particularly costly health care interventions where there are human resource or other constraints, and that maintaining a single-payer, public health care system that is accessible without

autre motivée. Après tout, le rationnement des services par l'entremise des régies provinciales de l'assurance-santé s'effectue dans le cadre d'un processus déterminé. Il y a des listes de services et ces services sont offerts à la population en fonction des moyens financiers des gouvernements. Ici encore, le véritable problème est par contre un problème d'attitude de la part de la magistrature et une répugnance de la part de celle-ci à s'ingérer dans des dossiers qu'elle juge relever de la politique socio-économique, et il est clair que les décisions concernant les soins de santé appartiennent à cette catégorie. Par conséquent, il faudrait que le patient puisse convaincre le tribunal que son droit à la vie ou à la sécurité a été violé, que le processus qui a conduit à cette violation était contraire aux principes de la justice fondamentale parce qu'il était tout simplement irrationnel, et que la décision en question n'avait ni rime, ni raison, que c'était simplement une décision prise au cas par cas en fonction de ce qui coûte le plus cher, en fonction des spécialités médicales qui parviennent le mieux à défendre leurs demandes de financement pour certaines interventions et ainsi de suite.

Le dernier obstacle pour notre patient découle de l'article 1 de la Charte étant donné que cet article donne au gouvernement la possibilité d'essayer de justifier toutes violations des droits individuels. L'article 1 dit en effet pour l'essentiel que les droits de la personne sont garantis sous réserve des limites raisonnables dont la nécessité est démontrable dans une société libre et démocratique. Les tribunaux ont élaboré une série de règles relativement legalistes dont ils s'inspirent pour décider quand la violation d'un droit individuel est justifiable et quand elle ne l'est pas. La première chose que le gouvernement doit prouver, c'est que les objectifs qu'il poursuivait lorsqu'il a violé un droit étaient suffisamment importants. En second lieu, il doit prouver que les moyens qu'il a adoptés pour atteindre ces objectifs étaient rationnels et proportionnels. Ici encore, si nous prenons l'exemple du patient qui est sur une liste d'attente, ce que nous dirions en fait, c'est que ce patient, comme l'a dit le sénateur Kirby, est la victime de notre système de santé financé par une source seulement, une source dont les moyens ont été rationnés.

Le rationnement des services de santé est-il un objectif important? Ici, je pense que je devrais soutenir que c'est absolument le cas. Le sénateur Kirby m'a fait parvenir un arrêt récent de la Cour supérieure du Québec qui portait précisément sur cette question, et l'un des témoins experts qui avaient déposé à cette occasion était Theodore Marmor de la Yale School of Public Administration, si je me souviens bien, et ce témoin, d'ailleurs comme à peu près tous ceux qui s'étaient penchés sur la question, avait reconnu que le système de santé le plus rationnel, le plus efficace et le plus accessible est un système financé par une source unique comme celui que nous avons au Canada. On a clairement fait la preuve que les soins de santé privés coûtent davantage, que la coexistence d'un régime public et d'un régime privé coûte plus cher et qu'au bout du compte, les patients ne sont pas mieux servis pour autant. En particulier, les économiquement défavorisés ne sont pas mieux servis dans un système parallèle ou dans un système exclusivement privé. Par conséquent, lorsque le gouvernement prétend qu'il y a des gens sur des listes d'attente parce que, nécessairement, dans un système financé par une

barriers related to costs could be easily characterized by the government as an important objective.

Are the means rational that the state has pursued in achieving the objective of a publicly funded health care system that is successful, without barriers to cost? Again, I think it would be relatively easy for the government to demonstrate, given all the study that has been applied to this issue, that that regime is a rational one. I guess where the problem comes in is at the level of proportionality. That is to say, are the benefits that we as taxpayers gain from the fact that we have capped our spending in this area proportionate to the harm to that individual acute care patient who is waiting on a waiting list, and potentially even dies while on that waiting list? I think it is here that my bias will probably become obvious. In my opinion, they are, from a public policy perspective, when you look at the potentially bottomless pit of acute care health funding, and the extent to which acute care health spending dominates public budgets at the expense, for example, of welfare and social services. The changes under the CHST clearly illustrate this. We had a regime under the Canada Assistance Plan whereby social assistance and social services had to meet conditions equivalent to what we impose on provinces — accessibility, rights of appeal, et cetera — that was repealed under the CHST, but the criteria for the Canada Health Act were retained. That has simply exacerbated the focus — and I think we saw that in the last election — on acute health care spending as being the sole and most important objective of government. This is an area of public spending that really is difficult to control. Therefore I would have to say that, even on the proportionality test, the Canada Health Act is probably, in my view, defensible.

Therefore, in short, the answer to your question is that in principle, yes, the patient has a Charter right which she can claim, but absent — as I think Professor Martin will probably discuss — evidence of proof of discriminatory allocation of health care spending, the challenge would probably be difficult.

The Chairman: Thank you for that, and we will hear from Professor Martin, but just let me pose for you two questions to ponder and to which we can return later. The first is that you talked about the right to health care services. I would argue that the right is to timely health care services, and I think the adjective is absolutely critical. Second, I guess I could not disagree with you more on your section 1 comments. I am glad you used the word “bias”: You said that you have a bias toward the egalitarian nature of the single-payer system, and so do a lot of us on the

source unique, nous devons attendre chacun notre tour pour avoir accès à certaines interventions médicales particulièrement coûteuses compte tenu des contraintes humaines, matérielles ou autres, le fait de préserver un tel système de soins de santé public et financé par une source unique qui soit accessible sans aucun obstacle dû au coût pourrait facilement être qualifié d'objectif important par le gouvernement.

L'état a-t-il été rationnel dans la poursuite de cet objectif d'un système de santé public financé par une source unique sans égard au coût? Ici encore, je pense qu'il serait relativement facile pour le gouvernement de faire la preuve, étant donné toutes les études qui ont été faites sur la question, que ce régime est effectivement rationnel. J'imagine que là où il y a un problème, c'est au niveau de la proportionnalité, en d'autres termes les avantages que nous, contribuables, tirons du fait que nous avons plafonné nos dépenses dans ce secteur sont-ils proportionnels aux préjudices subis par le patient qui requiert des soins intensifs, qui est en liste d'attente en vue d'une intervention médicale et qui risque même de mourir alors qu'il est sur la liste d'attente? Je pense que c'est ici que ma subjectivité va probablement devenir la plus évidente. À mon sens, ces avantages sont effectivement proportionnels, sous l'angle de la politique publique, lorsqu'on considère le caractère illimité que pourrait représenter le financement des soins intensifs, mais aussi lorsqu'on considère dans quelle mesure les dépenses consacrées aux soins intensifs représentent la part du lion des budgets publics, au détriment par exemple des services sociaux en général. Les changements apportés dans le cadre du TCSPS le montrent bien. Sous l'ancien Régime d'assistance publique du Canada, l'assistance sociale et les services sociaux devaient réunir des conditions équivalentes à ce que nous imposons aux provinces: accessibilité, droit d'appel et ainsi de suite, conditions qui ont été abrogées avec l'avènement du TCSPS, mais les critères relatifs à la Loi canadienne sur la santé ont été pour leur part conservés. Cela a encore davantage mis en exergue — nous l'avons d'ailleurs constaté pendant les dernières élections — les dépenses consacrées aux soins intensifs qui sont devenues l'objectif le plus important, voire l'objectif exclusif du gouvernement. Il s'agit en l'occurrence d'un domaine de dépenses qui est vraiment très difficile à contrôler. Par conséquent, je me dois de dire que, même sous l'angle du critère de la proportionnalité, la Loi canadienne sur la santé est probablement, du moins c'est mon avis, défendable.

En deux mots donc, la réponse à votre question est qu'en principe, oui, le patient a un droit au titre de la Charte, un droit dont il peut se réclamer, mais à défaut de preuve — et je pense que la professeure Martin va probablement en parler aussi — d'une répartition discriminatoire des dépenses en matière de santé, la cause serait probablement difficile à faire valoir.

Le président: Je vous remercie et nous allons maintenant entendre la professeure Martin, mais avant cela je voudrais simplement soumettre à votre réflexion deux questions auxquelles nous pourrions revenir plus tard. En premier lieu, vous avez parlé du droit aux services de santé. Je soutiens quant à moi que ce droit est un droit à des services de santé dans un délai raisonnable, et je pense que cette précision est ici absolument vitale. Ensuite, je pense ne pas pouvoir être plus en désaccord avec vous lorsque vous parlez de l'article 1. Je suis heureux que vous ayez utilisé le

committee. However, I think one can reasonably argue — and I would argue — that the Canada Health Act effectively makes a parallel private system infeasible, and indeed, even though it is a misnomer, it is often interpreted as doing that, and since Canada is the only country in the world, of the major industrialized countries, that operates a one hundred per cent public system, it is difficult for me to accept that if your rights are infringed by not having timely access to service, that that is defensible under section 1. I would argue that it is not, but we can come back on that.

Professor Martin, that was just to give Professor Jackman something to think about. Now it is over to you. Thank you for coming, all the way from Calgary, and all the way by video conference. That is great.

Dr. Sheilah Martin, Professor, Faculty of Law, University of Calgary: I would like to thank you for inviting me to your meeting. I am surprised that you have reached this stage in your deliberations without addressing constitutional issues, Senator Kirby. They seem to be the perennial Canadian questions. Health care has usually raised constitutional issues in terms of division of powers and collaborative and cooperative federalism.

However, the issues that we will speak about today deal more with individual rights being claimed under the Charter against government action. As Professor Jackman illustrated in her introductory comments, it is very important for us to understand that the Charter only applies where the state is acting. In the health care context, we have seen that the state will act if it has laws, if it puts forward a definition of what is a medically necessary service, if it allocates hospital beds and positions, and exercises due control of doctors' numbers — all of those sorts of things. Therefore there is a great scope for the use of the Charter in these cases.

However, before we get to the Charter, perhaps I should add that the example you provided of an individual questioning the government's allocation and timely access to medical services raises a whole other area of law that does not depend on the Charter, and that is personal injury law, or torts, or "des obligations, en français." There, the claim is that the government has provided services in such a negligent manner that an individual has suffered damage and claims compensation. In fact, in Alberta a case is currently proceeding through the civil courts in which an individual plaintiff on a waiting list has questioned the allocation of resources leading to that individual's deteriorated health. That is a whole other area that may have an impact on your deliberations, and I just raise it at this stage.

mot «subjectivité»: vous avez dit que vous aviez une attitude subjective à l'endroit du caractère égalitaire du système de santé financé par une source unique, et nous sommes nombreux au comité à être du même avis ici au comité. Cela étant dit toutefois, je pense qu'on pourrait raisonnablement soutenir — et c'est ce que je ferais personnellement — que la Loi canadienne sur la santé rende effectivement impossible un système privé parallèle, et d'ailleurs, même si ce qualificatif est tout à fait mal avisé, il est souvent interprété de cette façon et, puisque le Canada est le seul pays du monde, le seul des pays industrialisés, à avoir un système public à 100 p. 100, il m'est difficile d'accepter que, si vos droits sont violés parce que vous n'avez pas eu accès à un service médical dans un délai raisonnable, la chose est défendable en vertu de l'article 1. Personnellement, je soutiendrais le contraire, mais nous pourrions y revenir.

Professeure Martin, c'était simplement la matière à réflexion que je donnais à votre collègue la professeure Jackman. C'est maintenant à votre tour. Merci à vous d'intervenir ainsi depuis Calgary, par vidéoconférence. C'est merveilleux.

Mme Sheilah Martin, professeure, Faculté de droit, Université de Calgary: Je voudrais vous remercier de m'avoir invitée à cette réunion. Je suis étonnée que vous en soyez arrivé si loin dans vos délibérations sans avoir encore pensé aux questions constitutionnelles, sénateur Kirby. Cela semble être des questions éternelles au Canada. La santé a généralement donné lieu à des interrogations constitutionnelles en ce qui concerne la division des pouvoirs ainsi que le fédéralisme coopératif.

Par contre, ce dont nous parlerons aujourd'hui porte davantage sur les droits individuels dont on peut se réclamer en vertu de la Charte des droits contre un agissement du gouvernement. Comme l'a illustré la professeure Jackman dans son exposé liminaire, il est fort important que nous comprenions bien que la Charte ne s'applique que lorsque l'État agit. Dans le contexte de la santé, nous avons vu que l'État agit s'il y a des lois, s'il avance une définition de ce qui constitue un service médicalement nécessaire, s'il alloue des lits d'hôpitaux et des postes et s'il contrôle le nombre de médecins, tout ce genre de choses. Par conséquent, dans les cas comme celui-là, on a tout le loisir d'invoquer la Charte.

Par contre, avant de passer à la Charte proprement dite, je devrais sans doute ajouter que l'exemple que vous avez donné d'une personne qui contesterait la façon dont le gouvernement répartit les services médicaux et y donne accès dans un délai raisonnable fait intervenir un domaine du droit entièrement différent et qui ne dépend pas de la Charte, en l'occurrence le préjudice personnel ou encore le droit des obligations. En l'occurrence, on reproche au gouvernement d'avoir agi avec négligence à tel point qu'une personne a subi un préjudice et demande une indemnisation. D'ailleurs, il y a actuellement en Alberta une cause civile dans laquelle un plaignant, qui était sur une liste d'attente, conteste effectivement la répartition des ressources qui a fait que sa santé en a été affectée. Il s'agit ici d'une toute autre question qui pourrait avoir une incidence sur vos délibérations, mais je vous le signale simplement en passant.

In terms of the Charter itself, one of the questions that I was asked in the written materials that I received related to the provision in the Canada Health Act which, in essence, sets up as a term and condition of payment for a province to receive full compensation that there not be private clinics or extra billing. I must say that most of my research in relation to the Charter and health care has been from a different angle. Most of my analysis has been from the perspective of an individual who wants access to something that they would say is a medically necessary service, but that is not covered by the province. For example, someone who wants to have in vitro fertilization treatment in Ontario challenges the Ontario legislation, saying that it is depriving them of equal access to a facility that they need to exercise their reproductive rights. The focus of that kind of Charter challenge is equal access to have the service funded under the public system.

Perhaps the most famous medical case on equality is the decision of the Supreme Court of Canada in the *Eldridge* case. In that case, the plaintiff sought government funding for sign language interpretation while attending at the doctor. This person was basically saying "In order to have equal access to health care, I need a translator who can help me communicate with my physician. I need the accommodation or the bridge of translation services in order for me to exercise my health care rights in an equal manner as compared to someone who does not suffer from my disability."

What was interesting in that case, and will relate to some things I want to say in a moment, is that the decision that sign language interpretation was not available was made by the medical commission that determined what was a medically necessary service in that province. What the plaintiff was attacking was the decision by this administrative tribunal, by this commission, as to how it interpreted what qualified as a medically necessary service.

The Supreme Court of Canada said that there is a differentiation here; that the definition it is discriminatory; that it deprives hearing-impaired individuals of their equality rights; that it offends their dignity; that it does not give them equal access to necessary health care services. In addition, the Supreme Court of Canada, in quite a novel sort of approach, held that health care providers were required to provide sign language interpretation and to facilitate this individual's rights.

When we look at this case, it is important to understand that, in the history of this legislation, this service had previously been provided but had been cut because of government cutbacks, and nothing else had been done or provided to accommodate this particular class of patient. The cost involved was in the range of about \$150,000. The court, which is usually very mindful of imposing costs and spending health care dollars, nevertheless, in

Pour revenir à la Charte proprement dite, l'une des questions qu'on me posait dans la documentation qui m'a été envoyée concernait la disposition de la Loi canadienne sur la santé qui, en deux mots, impose comme condition du remboursement intégral des dépenses de santé d'une province l'absence de cliniques privées et de surfacturation. Je dois vous dire que l'essentiel de mes recherches relatives à la Charte et aux soins de santé ont été conduites sous un angle un peu différent. J'ai surtout effectué mon analyse sous l'angle d'une personne qui voudrait pouvoir bénéficier d'une intervention qui, à son avis, est un service médicalement nécessaire, mais qui n'est pas assuré par la province. Ce serait par exemple le cas de quelqu'un qui, en Ontario, voudrait se faire rembourser un traitement de fécondation in vitro et qui contesterait la loi ontarienne en affirmant que cette loi lui interdit l'accès à une procédure qui lui est indispensable pour pouvoir exercer le droit de se reproduire. Ce genre de contestation judiciaire aux termes de la Charte fait intervenir la notion d'égalité d'accès afin que le service ou l'intervention nécessaire soit financé par le système public.

Dans les annales médicales, la cause sans doute la plus célèbre qui a fait intervenir cette notion d'égalité est l'arrêt *Eldridge* rendu par la Cour suprême du Canada. En l'occurrence, le plaignant avait demandé que le gouvernement paie les honoraires d'un interprète gestuel lors d'une visite médicale. Il disait essentiellement ceci: «Pour avoir égalité d'accès au service de santé, j'ai besoin d'un interprète pour m'aider à communiquer avec mon médecin. J'ai besoin d'un service d'interprétation pour servir de truchement entre mon médecin et moi afin que je puisse jouir de mon droit aux services de santé de la même façon que quelqu'un qui n'a pas le même handicap que moi.»

En l'occurrence, ce qui était intéressant, et cela a un rapport avec ce que je vous dirai dans quelques instants, c'est que la décision à l'effet qu'une interprétation gestuelle n'était pas disponible a été prise par la commission médicale qui déterminait quels étaient les services médicalement nécessaires dans la province en question. En fait, ce que le plaignant attaquait, c'était la décision rendue par ce tribunal administratif, par cette commission, et la façon dont elle avait interprété les critères d'un service médicalement nécessaire.

La Cour suprême du Canada a déclaré qu'il y avait effectivement ici une différence et que la définition était discriminatoire, qu'elle privait les malentendants de leurs droits à l'égalité, qu'elle offensait leur dignité et qu'elle ne leur donnait pas égalité d'accès à des services de santé nécessaires. En outre, la Cour suprême du Canada, de façon assez innovatrice d'ailleurs, a soutenu que les fournisseurs de soins de santé étaient tenus d'offrir l'interprétation gestuelle et de faciliter les choses à cette personne pour qu'elle puisse exercer ses droits.

Lorsque nous examinons cette cause, il faut bien comprendre que, depuis la genèse de cette mesure législative, le service en question avait effectivement déjà été offert, mais qu'il avait dû être supprimé en raison des compressions budgétaires, et que rien d'autre n'avait été fait ou offert pour accommoder cette catégorie de patients. Les coûts en cause étaient de l'ordre d'environ 150 000 \$. La Cour suprême, qui regarde généralement à deux

this instance, by its interpretation of this act, was saying that it required the health care providers to spend funds in this fashion.

I mention the *Eldridge* decision because I think it is a good comparison case and a good starting point. The problem that arises when I turn my mind to the question of how to frame an equality challenge to the allocation of health care dollars is to ask: What would the plaintiff be attacking? The written materials that I received suggested that perhaps there could be an attack to the Canada Health Act insofar as it sets up a system which may appear to preclude access to private health care.

When considering the vulnerability of the Canada Health Act to challenge, I think that we must first contemplate the nature of that act. Yes, it is an act of the federal government, but I am not sure that it is the type of legislation that would be subject to Charter scrutiny. Generally, the act looks very much more like an intergovernmental agreement in which the federal government is laying out the terms and conditions under which a province can enjoy full compensation, rather than legislation to determine the allocation of health care resources in a direct way to a particular individual. That is my first comment.

My second comment in relation to the case posed is that even if you read the Canada Health Act as a health charter for Canadians, I am not so sure that individuals could claim under its terms, argue about its content, and seek to use the Charter to enforce their rights under the Canada Health Act. In other words, I am not sure that the Canada Health Act itself can be read as prohibiting access to private health care. I think that when you look at the set-up of the Canada Health Act, it is quite clever. It says to the provinces, "If you do the following, then you will receive full compensation. If you do not do the following, you will be subject to a penalty system." That does not necessarily translate into a prohibition or a preclusion of an individual from obtaining access to private health care. I think that that is quite a big issue.

In contemplating the individual who might want to challenge on the basis of unequal allocation of benefits, such individuals would probably target their claims to provincial governments as opposed to the federal government. It is not at all clear that an individual could go against the federal government directly using the Canada Health Act. The Canada Health Act, of course, would be important and relevant to the provinces. I think that that is a very big initial question.

The next thing I would ask is: How would this individual frame their claim under section 15 of the Charter? Section 15 is an equality rights section. It basically says that the court can review whether or not an individual has received the equal benefit or protection of the law, or equality under the law, on the basis of

fois avant d'imposer des frais et des dépenses dans le domaine de la santé, a néanmoins dans ce cas-ci, par l'interprétation qu'elle a fait de la loi, déclaré que les fournisseurs de soins de santé étaient tenus de dépenser de l'argent.

Je vous signale l'arrêt *Eldridge* parce qu'à mon avis c'est à la fois une excellente comparaison et un excellent point de départ. Le problème qui se pose lorsque j'aborde la question de savoir comment contester devant les tribunaux la distribution des dépenses dans le domaine de la santé sous l'angle de l'égalité est le suivant: quel est l'objet de la contestation du plaignant? Les textes qu'on m'a envoyés me portent à penser qu'il pourrait peut-être y avoir une attaque en règle contre la Loi canadienne sur la santé dans la mesure où elle crée un système qui peut donner l'apparence d'empêcher l'accès à des soins de santé privés.

Si on se demande à quel point la Loi canadienne sur la santé est vulnérable à ce genre d'attaque, il faut commencer je crois par s'interroger sur la nature même de cette loi. Effectivement, il s'agit d'une loi fédérale, mais je ne suis pas persuadé que ce genre de loi puisse être contestée sous l'angle de la Charte. Sur un plan général, elle donne l'impression d'être davantage un genre d'accord intergouvernemental dans le cadre duquel le gouvernement fédéral établit les modalités et conditions selon lesquelles une province peut être intégralement indemnisée, plutôt qu'une loi qui détermine comment les ressources en matière de santé seront distribuées de façon directe à tel ou tel particulier. Voilà ma première observation.

Ma seconde observation concernant le cas postulé est que, même si on considère la Loi canadienne sur la santé comme une Charte sur la santé à l'intention de tous les Canadiens, je ne suis pas vraiment persuadé qu'un particulier puisse ainsi s'en prévaloir, s'en réclamer, arguer de ce qu'elle contient et invoquer la Charte pour faire respecter ses droits en vertu de la Loi canadienne sur la santé. En d'autres termes, je ne suis pas persuadé que la Loi canadienne sur la santé elle-même puisse être interprétée comme interdisant tout accès à des soins de santé privés. Lorsqu'on regarde comment la loi est tournée, on constate qu'elle l'est de façon fort intelligente. Elle dit aux provinces: «Si vous faites ceci et cela, vous serez intégralement remboursées. Si vous ne faites pas ceci ou cela, il y aura des pénalités.» Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il est interdit à un particulier d'avoir accès à des soins de santé privés. Je pense que c'est un élément fort important.

Quant aux personnes dont la contestation porterait sur une répartition inéquitable des prestations, elles pourraient s'en prendre aux gouvernements provinciaux, plutôt qu'au gouvernement fédéral. Il n'est pas du tout évident qu'on puisse poursuivre directement le gouvernement fédéral en vertu de la Loi canadienne sur la santé. Cette loi serait bien sûr importante et pertinente pour les provinces. C'est déjà, au départ, une question cruciale.

Voici la question suivante, pour moi: comment invoquer l'article 15 de la Charte? Cet article porte sur les droits à l'égalité. On y dit essentiellement qu'un tribunal peut déterminer si une personne a bénéficié de la même protection de la loi, ou de la même égalité devant la loi, compte tenu de certains motifs de

certain prohibited grounds. We also know that while some of those prohibited grounds are enumerated, we can add other, different grounds to them.

In my opinion, the equality sections have a bit more promise in terms of some of the arguments than the section 7 arguments. As Professor Jackman rightly notes, there is a real problem under section 7 with whether or not the government is under a positive obligation to pay. It is one thing to say that an individual has a right, and that the government cannot burden that right; it is quite another thing to say that the government needs to pay to a certain level.

It is easier when dealing with equality rights to scrutinize allocations. Equality rights involve particular action and a comparative exercise. In other words, you must know what are you comparing it to. However, intrinsic in that idea is that if the government gives a benefit, it has already established a presence of sorts. It has already discharged whatever obligation it may have. Also, the scrutiny is a bit different: It is not must the government provide funds, which is more like section 7, but the question under equality is when the government provides funds, or when the government makes provisions about medically necessary services, it has to do so in a non-discriminatory way. That is a different question, and one that, in my opinion, sometimes allows greater scope into the allocation of resources.

Turning now to the kinds of cases that have been undertaken under equality rights, the *Eldridge* case, as I mentioned, was to do with access to sign language translation for medically necessary services. There have also been challenges for pensions, unemployment insurance, social benefits, the allocation of citizenship rights, so the terrain of equality rights is a bit different.

In addition, equality rights tend to be invoked within a context in which the individual is not prejudiced by notions, like under section 7, that all that he or she is doing is exerting an economic right. I am sure Professor Jackman will talk about this aspect some more later, but under section 7 it is not clear that, if you characterize what the person is asserting as an economic right, it will get a whole lot of protection. That same sort of thinking does not necessarily seem to apply in the equality context.

When we go through the equality analysis, there are some real questions that would arise even if the plaintiff was attacking legislation in an appropriate way. The claimant needs to show that they are receiving different treatment than other people are receiving. Here you get into problems of what comparison groups you establish and how you frame the case. For example, is the person an Albertan saying "Our funding is reduced because we are receiving penalties under the Canada Health Act, therefore our lines are longer than they are for someone, for example, in Manitoba, who is not subject to the same kind of penalty structure"? In addition, it is not entirely clear how the categories would be framed by an individual in order for him to say "I want to compare myself to this other individual." That is a problem. It is also a problem to attempt to base a case on geographic discrimination between provinces because, of course, the provinces have the ability to set their own standards for medically necessary services. Thus the comparison is a little bit problematic.

discrimination interdits. On sait aussi qu'il y a une liste de ces motifs, auxquels on peut en ajouter d'autres.

À mon avis, les articles sur l'égalité sont plus prometteurs que l'article 7, pour la présentation des arguments. Comme le dit avec raison la professeure Jackman, l'article 7 pose problème puisqu'il faut déterminer si le gouvernement a vraiment l'obligation de payer. On peut dire qu'une personne a un droit, que le gouvernement ne peut assortir de conditions; mais c'est autre chose que de dire que le gouvernement doit payer jusqu'à un certain niveau.

Lorsqu'on traite du droit à l'égalité il est plus facile d'examiner les affectations de fond. Les droits à l'égalité se rapportent à des actions particulières et à des exercices comparatifs. Autrement dit, il faut savoir à quoi on se compare. Mais dans cette idée même, on voit que si le gouvernement accorde une prestation, il a déjà établi une présence. Il s'est déjà acquitté d'une obligation. L'examen est aussi un peu différent: il ne s'agit plus de se demander si le gouvernement doit octroyer des fonds, comme en vertu de l'article 7, mais plutôt, lorsqu'il le fait, ou lorsqu'il prévoit des dispositions pour les services médicalement nécessaires, s'il le fait d'une manière non discriminatoire. C'est une toute autre question et qui, à mon avis, nous permet d'étudier d'une manière plus large l'affectation des ressources.

Parlons maintenant de la jurisprudence relative aux droits à l'égalité. J'ai déjà parlé de l'affaire *Eldridge*, qui se rapportait à l'accès à l'interprétation gestuelle pour des services médicalement nécessaires. Il y aussi eu des contestations pour les pensions, l'assurance-chômage, les avantages sociaux, le droit à la citoyenneté et le domaine des droits à l'égalité est donc un peu différent.

En outre, on a tendance à invoquer les droits à l'égalité dans un contexte où la personne ne fait pas l'objet d'un préjudice dans l'exercice d'un droit économique, comme en vertu de l'article 7. Je suis convaincu que Mme Jackman reviendra là-dessus plus tard, mais en vertu de l'article 7, il n'est pas clair que si on détermine qu'une personne affirme un droit économique, ce droit sera très bien protégé. Dans le contexte des droits à l'égalité, on ne peut pas nécessairement appliquer le même raisonnement.

Quand on fait une analyse en fonction de l'égalité, des questions très concrètes se posent, même si le plaignant conteste la loi d'une manière légitime. Le plaignant doit prouver qu'il est traité différemment par rapport à d'autres personnes. Il faut alors déterminer à quels groupes on se compare et comment on présente la cause. Par exemple, s'il s'agit d'un Albertain qui dit: «notre financement est réduit en raison de pénalités imposées en vertu de la Loi canadienne sur la santé et par conséquent, il faut attendre plus longtemps qu'au Manitoba, par exemple, où on n'applique pas les mêmes pénalités». En outre, on ne sait pas exactement comment fixer les catégories pour pouvoir dire: «Je veux me comparer à telle autre personne». C'est un problème. Il est aussi difficile de tabler sur la discrimination géographique entre les provinces puisque, bien entendu, les provinces ont la capacité de fixer leurs propres normes pour les services médicalement nécessaires. La comparaison est donc difficile à faire.

A person may argue that "I have money and I can afford to pay for access to services, but these services are not available here because of this overall government structure." That would be a hard argument, I think, to put forward, because oftentimes the court says that the question is not just: Is there a difference between those who can pay and those who cannot? The court goes the next step and says: Is that a prohibited ground of discrimination? Is that either listed in the Charter — which it is not — or is it so similar to the grounds that are listed in the Charter that we will grant protection to individuals because of that characteristic: those who can pay and those who cannot? It is not entirely clear that the court would, under its current tests, affirm that the ability to pay is a proper differentiation. Sometimes they will say that the inability to pay is a ground that can be sort of protected because they look to things like vulnerability, historic discrimination, or relative powerlessness in society, and so those kinds of considerations, as I said, might make this exercise very difficult.

Thus, in my opinion, there will be difficulties in establishing a breach of an equality right, even though, with a bit more thought, I might say that there are definite equality implications to the allocation of medical services. But then we move to a section 1 analysis, because all sections of the Charter — 7 or 15 — have the same criteria: that the plaintiff would need to prove a breach, and once the plaintiff proves the breach, then the government must justify its action under section 1.

In the equality context, we see a bit of a blurring between whether or not there is a breach and the justification under section 1, especially in cases where the court is asked to consider complex social legislation which deals with the allocation of expensive resources. I can send the committee multiple citations where the court has said, "We will respect Parliament's choices. We will defer to their selection of an appropriate regime if it has these characteristics." Professor Jackman raised the issue of what costs more. In my assessment, the court would not be looking at what costs more, in the same way that your committee would be assessing rationality. The court has a different question. The court says: Was Parliament rational? Was Parliament allowed to make the choices that it made when it assessed the cost-versus-care equation, on how it came to prioritize its allocation of resources? It is very difficult for courts to second-guess Parliament on these complex issues. Even though the courts are prepared to review the allocation of benefits, there is still a huge amount of deference that arises.

It is interesting — and I will end on this note — that there have been about 45 cases before the Supreme Court of Canada on equality rights, but it is only in the context of mandatory retirement that the Supreme Court has ever said that there was a breach of a right and that the government could save it. They made that extraordinary sort of finding because they looked at all of the benefits, all of the complexities, all of the give-and-take that went into mandatory retirement policies. If I were to look for cases that might have parallels with a government reviewing health care allocation, the mandatory retirement cases are probably at the same level of complexity, and may invite the same level of deference.

Quelqu'un d'autre pourrait dire: «j'ai de l'argent et je peux me payer l'accès à ces services, mais ils ne sont pas disponibles ici à cause de toute cette structure gouvernementale». Ce serait tout un argument à présenter, je crois, puisque souvent, le tribunal dit que la question n'est pas simplement de savoir s'il y a une différence entre ceux qui peuvent payer et ceux qui ne le peuvent pas. Il va plus loin, en cherchant à établir s'il s'agit d'un motif de discrimination illicite inscrit dans la Charte — ce qui n'est pas le cas — ou si c'est un motif qui s'y apparente tellement qu'on doit accorder une protection fondée sur la capacité de payer. Il n'est pas évident que d'après ses critères actuels, la Cour suprême dirait de la capacité de payer que c'est une distinction suffisante. Elle pourrait parfois le faire, et accorder une protection, parce que ce motif ressemble à une sorte de vulnérabilité, de discrimination historique, d'impuissance sociale relative mais ce genre de considération rend l'exercice plus ardu.

C'est pourquoi, à mon avis, il sera difficile d'établir que les droits à l'égalité ont été violés même si, après réflexion, je pourrais dire qu'il y a certainement des incidences sur l'égalité dans l'affectation des services médicaux. Mais nous passons maintenant à une analyse en fonction de l'article 1, puisque tous les articles de la Charte — 7 ou 15 — respectent les mêmes critères: le plaignant doit prouver l'infraction, et ensuite, le gouvernement doit justifier ses mesures en vertu de l'article 1.

Dans le contexte de l'égalité, il y a un peu de flou entre la possibilité d'une violation des droits et sa justification en vertu de l'article 1, particulièrement si on demande au tribunal de tenir compte de lois sociales complexes portant sur l'affectation de ressources coûteuses. Je peux envoyer au comité de nombreuses décisions des tribunaux où l'on dit: «nous respectons les choix du Parlement. Nous respecterons son choix du régime approprié, s'il comporte ces caractéristiques». Mme Jackman a soulevé la question du coût. D'après moi, le tribunal ne se pencherait pas sur ce qui coûte le plus, comme votre comité évalue la rationalité. Il répondrait à un autre type de question. Il demanderait si le Parlement a fait preuve de raison. Le Parlement pouvait-il faire les choix qu'il a faits, quand il a évalué les coûts par rapport aux soins à donner, et comment a-t-il fixé les priorités pour l'affectation des ressources. Pour les tribunaux, il est très difficile de penser à la place du Parlement, pour ces questions complexes. Même si les tribunaux sont prêts à réexaminer l'affectation des prestations, le respect pour le Parlement est encore considérable.

En terminant, chose intéressante, la Cour suprême du Canada a été saisie d'environ 45 causes sur les droits à l'égalité, mais ce n'est que dans le contexte de la retraite obligatoire qu'elle a déclaré qu'un droit avait été violé et que le gouvernement pouvait le justifier. On est arrivé à cette conclusion extraordinaire en considérant tous les avantages, toute la complexité et les compromis intégrés aux politiques de retraite obligatoire. Si l'on cherche des causes comparables au réexamen par le gouvernement des affectations pour les soins de santé, les causes de retraite obligatoire sont probablement tout aussi complexes et peuvent attirer le même genre de respect.

A recent case in the Supreme Court of Canada was the *Lovelace* decision, which dealt with the allocation of monies from aboriginal casinos or First Nations casinos and whether that money should also go to individuals who were not members of that specific First Nations. In that case the court was very deferential to the agreement aspect, and the notion that these were arrangements that were more in the nature of contract than legislation. That brings me back to my first point that the overall structure of the Canada Health Act makes it difficult to grab something with which to start the argument in the first place.

The Chairman: Thank you, Professor Martin. Let me just make two comments before we proceed with questions. With respect to the Canada Health Act, I can assure you that it was not a federal/provincial agreement, in spite of the fact that it reads that way. At the time that the Canada Health Act was introduced, there were a number of provinces which were strongly opposed to it.

Second, I agree with you that the Canada Health Act does not explicitly prohibit access to private health care, but I would argue that the way in which the legislation is structured, in terms of the penalties it imposes and in terms of the requirement that a doctor either be entirely in the public system or entirely out of it, has the net effect, from a practical, economic standpoint, of prohibiting private parallel systems. Therefore, while I would agree with you that it does not do so explicitly, I would only argue that because of the structure of it, the way in which it was done was — and I think the words you used were “very clever,” and I would agree with that — but that its net effect is that it prohibits private care.

Indeed, I would argue that most politicians of all parties who address the question take that as one of the consequences of the Canada Health Act. I would argue, therefore, that when I say that that is its practical effect, that is also the view that most elected officials have of its effect, and indeed they claim that that is really what it was designed to do.

Senator Beaudoin: Obviously, as Professor Martin has said, up until recently it was under the division of powers that we had cases in health, but now with the Charter of Rights and Freedoms and the famous sections 7, 15 and 1, it has become a huge debate under the Charter.

We have absolutely no case clearly on the point that we are considering today. However, it will come. It is obvious that it will come. It cannot be otherwise. We know that section 7 has not been generously interpreted in the field of economy. In some other areas, yes, no doubt, but in the field of property, property rights or economy, it is quite different.

However, I have to say that the right to life certainly or implicitly includes the right to health. It cannot be otherwise in our society. I know that the courts are not there to legislate, but they are there to interpret, and the interpretation of constitutional law — and we are used to it now after 450 cases on the Charter — is something that is huge.

Thus I would like to come first to the question of the imposition of an obligation to do something. Both of our witnesses referred to the *Eldridge* case, but in that case the Supreme Court imposed an obligation to do something. That case was based on section 12,

Le récent arrêt *Lovelace*, de la Cour suprême du Canada, portait sur l'affectation des fonds des casinos autochtones ou des Premières nations à des personnes qui n'étaient pas membres des Premières nations. Dans cette affaire, la cour a tenu compte de l'accord conclu, estimant que ces accords se rapprochaient plus des contrats que d'une loi. Cela me ramène à ce que je disais au début, soit que la structure globale de la Loi canadienne sur la santé donne peu de prise à qui cherche des arguments à présenter.

Le président: Merci, madame Martin. Avant de passer aux questions, permettez-moi de formuler deux commentaires. Au sujet de la Loi canadienne sur la santé, je peux vous assurer qu'il ne s'agissait pas d'un accord fédéral-provincial, même si on peut la voir ainsi. À l'époque du dépôt de la Loi canadienne sur la santé, bon nombre de provinces s'y opposaient fermement.

Deuxièmement, je conviens avec vous que la Loi canadienne sur la santé n'interdit pas explicitement l'accès à des soins de santé privés, mais sa structure, les pénalités qu'elle impose et l'exigence selon laquelle le médecin doit faire partie du système public ou en être entièrement exclus a pour effet pratique, ou économique, d'interdire les systèmes privés parallèles. Par conséquent, je dirais comme vous que l'interdiction n'est pas explicite, mais que la structure de la loi, la façon dont on l'a créée — «très astucieusement», avez-vous dit, je crois, — a pour effet d'interdire les soins de santé privés.

Et en effet, je dirais que la plupart des politiciens de tous les partis qui se penchent sur la question estiment que c'est l'une des conséquences de la Loi canadienne sur la santé. Je dirais donc, que quand je parle d'effet pratique, c'est aussi le point de vue de la plupart des élus, qui estiment d'ailleurs que c'était le but visé.

Le sénateur Beaudoin: Comme l'a dit la professeure Martin, jusqu'à récemment, toutes les causes relatives à la santé se rapportaient au partage des compétences. Mais maintenant, avec la Charte des droits et liberté, et surtout les fameux articles 7, 15 et 1, il s'agit plutôt d'un débat se rapportant à la Charte.

Au sujet de la question dont nous sommes saisis aujourd'hui, il n'y a absolument pas de cas très clair. Il y en aura, c'est sûr. C'est évident. Il ne peut en être autrement. Nous savons que l'article 7 n'a pas été interprété de manière très large, dans le domaine de l'économie. Dans d'autres domaines, certainement, mais dans celui de la propriété, du droit à la propriété ou de l'économie c'est autre chose.

Je dirais toutefois que le droit à la vie comprend certainement ou implicitement le droit à la santé. Il ne peut en être autrement dans notre société. Je sais que les tribunaux ne sont pas là pour légiférer, mais pour interpréter la loi, et l'interprétation du droit constitutionnel c'est une tâche colossale, à laquelle nous nous sommes habitués, après 450 causes se rapportant à la Charte.

J'aimerais donc traiter de la question de l'imposition d'une obligation. Nos deux témoins ont fait référence à l'arrêt *Eldridge*, mais dans cette affaire, la Cour suprême a imposé une obligation d'agir. Cette affaire reposait sur l'article 12 et aussi, bien sûr,

and then, of course, we have section 7. Therefore, on one hand, there is, in my opinion, a certain right that is implicit in 7, a right to health, because how can you have the right to life without having the right to health? That is my first point. As Professor Jackman stated, that is in accord with our international covenants that we have signed. Therefore, in that sense, there is already a protection.

The court are very hesitant to be involved in economic cases. It is up to the Parliament to do that, and the spending power, of course, is a power of the legislative branch of the state. However, I would like first to say that the right to impose an obligation under section 15 is certainly a possible, and they did it in the *Eldridge* case.

We have a great deal of legislation in this country, and all of that legislation is subject to the Charter of Rights and Freedoms. We cannot avoid that, and the courts will not avoid that. As far as legislation is concerned, and I agree with the Chair that health, to a great extent, is in the formula of the legislation. There is no doubt in the world about that. Under the division of powers, we know what the provinces can do, we know what the Parliament of Canada may do, and that is legislation. Therefore I think that the courts will probably go a little bit further in this field because this point will be raised, it will be discussed, and since the Parliament and the legislatures have not avoided legislation, one of these days we will have a case before the Supreme Court exactly on the point that we are discussing tonight: whether it is possible to have two systems or a parallel system. Some people will say, "Under section 7, the right to life includes the right to health, and in a very difficult situation the private system becomes necessary." Some others will say "No, section 15 will apply, and we must have equality before the law." Of course, the court will not give precedence to either section 7 or to section 15. The court will try to give effect to both sections at the same time. I would like to know your reaction to that scenario.

I am of the opinion that the court made it clear that there is an obligation to do something, and whether it is based on section 7 or section 15, it is still a mandatory obligation. They did that in some other cases that have nothing to do with the issue before us today. For example, take the secession case, or that of constitutional obligation. Therefore I think there is such a thing as the right to impose something.

Ms Jackman: You are absolutely right that the notion is simply inaccurate that somehow the Charter only prevents the state from acting and does not impose positive obligations. It does not reflect the legislative history of the Charter, and it is also incompatible with international human rights treaties that we have ratified which do not create this false distinction between negative and positive obligations. The court, in the recent *Baker* case, recognized very clearly that as you mentioned, sections 7 and 15 must be read together, and that reinforces the argument that section 7 has a positive content to it, but as well that they must be read consistently with international obligations.

l'article 7. À mon avis, l'article 7 comporte un droit implicite, soit le droit à la santé, puisqu'on ne peut avoir le droit à la vie sans avoir le droit à la santé. C'est mon premier argument. Comme le disait M. Jackman, c'est conforme aux conventions internationales dont nous sommes signataires. Il y a donc déjà une protection, de ce point de vue.

Les tribunaux répugnent à traiter d'affaires économiques. C'est au Parlement de le faire, et le pouvoir de dépenser est un pouvoir de l'organe législatif de l'État. Je voudrais toutefois dire que le droit d'imposer une obligation en vertu de l'article 15 est certainement possible, comme l'a fait valoir l'arrêt *Eldridge*.

Nous avons de nombreuses lois au pays, toutes assujetties à la Charte des droits et liberté. Nous ne pouvons l'éviter et les tribunaux non plus. Pour ce qui est des lois, comme le président, je dis que la santé fait partie de la formule de la loi. Il n'y a aucun doute possible à ce sujet. Pour le partage des compétences, nous savons ce que les provinces peuvent faire et nous savons ce que le Parlement du Canada peut faire, c'est-à-dire légiférer. C'est pourquoi je crois que les tribunaux iront un peu plus loin dans ce domaine, puisqu'on soulèvera la question, on en discutera et comme le Parlement et les Assemblées législatives ne peuvent éviter les lois, un jour ou l'autre, on présentera devant la Cour suprême précisément les arguments dont nous parlons ce soir: est-il possible d'avoir deux systèmes ou un système parallèle? Certains diront qu'en vertu de l'article 7, le droit à la vie comprend le droit à la santé, que nous sommes dans une situation très difficile et qu'un système privé est nécessaire. D'autres diront que non, qu'il faut appliquer l'article 15, et qu'il faut tous être égaux devant la loi. Bien entendu, la cour ne donnera préséance ni à l'article 7, ni à l'article 15. Elle tentera d'accorder le même poids aux deux articles. J'aimerais savoir comment vous réagissez devant cette éventualité.

À mon avis, la Cour suprême a indiqué clairement qu'il existe une obligation d'agir et, que ce soit en fonction de l'article 7 ou de l'article 15, cela n'en reste pas moins une obligation. C'est-ce qu'elle fait dans d'autres cas qui n'ont rien à voir avec la question qui nous intéresse aujourd'hui. Par exemple, prenez le cas de la sécession ou de l'obligation constitutionnelle. Par conséquent je crois que le droit d'imposer quelque chose existe effectivement.

Mme Jackman: Vous avez tout à fait raison. La notion selon laquelle la Charte empêche uniquement l'État d'agir et n'impose pas d'obligations positives est tout à fait inexacte. Cela ne reflète pas les antécédents législatifs de la Charte et c'est également incompatible avec les traités internationaux en matière de droits de la personne que nous avons ratifiés qui ne créent pas cette fausse distinction entre les obligations négatives et positives. La Cour suprême, dans le récent arrêt *Baker*, a reconnu très clairement, comme vous l'avez mentionné, qu'il faut lire les articles 7 et 15 ensemble, et cela renforce l'argument selon lequel l'article 7 renferme un aspect positif, mais il faut également que ces articles soient interprétés conformément à nos obligations internationales.

What will probably be decided more quickly than the health case is the welfare case. Before the Supreme Court of Canada at the moment is the case of *Gosselin* in Quebec. Essentially, what Louise Gosselin is challenging is a provincial welfare rate of \$170 a month for those who are under 30 years of age, and even the government recognized that it was impossible to live on \$170 a month. The consequence of that rate was that people receiving that rate were homeless, they were engaging in prostitution to obtain food, and they were ill and hungry.

In the fall, the court will be hearing a claim that by setting rates so low, the province violated sections 7 and 15 of the Charter. Implicit in both those claims is the positive obligation. Therefore, in order to find for Louise Gosselin under section 7 in this case, what the court must recognize is that there is a duty on governments to provide a minimum level of economic assistance for people who cannot otherwise provide for themselves.

Essentially, the health care claim is in the same vein. The claim is that a right to health in a capitalist economy does not have a lot of value unless it includes a right to publicly-funded or subsidized health care services. I absolutely agree that the notion that the Charter does not impose Charter obligations was completely rejected in *Eldridge* and that it will be just a matter of time before the individual aspects of our welfare system are tested.

Dr. Martin: I would agree as well. I think section 7 does provide grounds for the right to health. The question then is: What are the parameters of that right, and is there state action that takes it away? I think section 15, in addition, provides an equal right to health and health care services, and will be the way in which you scrutinize whether there is discrimination in the allocation.

I would also agree that there is the power to impose remedies, although the courts are sometimes reluctant to find breaches or to find that legislation is not saved under section 1 in certain circumstances. However, there is no doubt that that power exists. It is a very theoretical discussion on positive rights or negative rights. If you look, for example, at the case that Senator Kirby posed about a prohibition against private health care, is that a burden on the individual because it prohibits access to services, or is it a positive right in the sense that the individual is asking the government to have full access to services? Therefore, it becomes a characterization game on positive and negative rights, and I think that we should be aware of that. There should not really be a substantive difference between whether you frame it as a positive or a negative right, or as a prohibition or an "underinclusion." Those are just different ways that people will argue about it from their own side.

The Chairman: I will come back for my final question, but I will tell you what it is because I want to use the exact words that Professor Martin just used. You said that both you and Professor

La Cour rendra probablement une décision plus rapidement dans le litige sur la santé que dans le litige sur l'aide sociale. À l'heure actuelle la Cour suprême du Canada est saisie de l'affaire *Gosselin* au Québec. Essentiellement, Louise Gosselin conteste un taux de prestations d'aide sociale de 170\$ par mois pour les personnes âgées de moins de 30 ans, et même si le gouvernement a reconnu qu'il était impossible de vivre avec 170\$ par mois. La conséquence de ce taux de prestations d'aide sociale, c'est que les personnes qui touchent ce taux sont sans abri, se livrent à la prostitution pour obtenir de la nourriture, et sont malades et affamées.

À l'automne, la Cour entendra un argument selon lequel en établissant des taux aussi faibles, la province a violé les articles 7 et 15 de la Charte. L'obligation positive est implicite dans ces deux allégations. Par conséquent, pour se prononcer en faveur de Louise Gosselin en vertu de l'article 7 dans cette affaire, la Cour doit reconnaître qu'il existe une obligation de la part des gouvernements d'offrir un niveau minimum d'aide économique aux personnes incapables autrement de subvenir à leurs propres besoins.

Essentiellement, l'allégation concernant les soins de santé se situe dans la même veine. Selon cette allégation, le droit à la santé dans une économie capitaliste n'a pas vraiment de valeur à moins qu'il inclue un droit à des services de santé subventionnés ou financés par l'État. Je conviens tout à fait que la notion selon laquelle la Charte n'impose pas d'obligation a été complètement rejetée dans l'arrêt *Eldridge* et que, tôt ou tard, les aspects individuels de notre système d'aide sociale seront mis à l'épreuve.

Mme Martin: Je suis d'accord moi aussi. J'estime que l'article 7 prévoit effectivement des motifs pour le droit à la santé. La question qui se pose alors est la suivante: quels sont les paramètres de ce droit, existe-t-il des mesures prises par l'État qui portent atteinte à ce droit? Je crois que l'article 15, de plus, prévoit un droit égal à la santé et aux services de santé, et permettra de déterminer s'il y a discrimination au niveau de l'attribution.

Je conviens également qu'il existe un pouvoir d'imposer des recours, bien que les tribunaux hésitent parfois à conclure qu'il y a infraction ou que la loi n'est pas justifiable en vertu de l'article 1 dans certaines circonstances. Cependant, il ne fait aucun doute que ce pouvoir existe. Il s'agit d'une discussion très théorique des droits positifs ou des droits négatifs. Si vous examinez, par exemple, le cas présenté par le sénateur Kirby à propos d'une interdiction de recourir à des services de santé privés, s'agit-il d'un fardeau pour le particulier parce qu'il interdit l'accès à des services, ou s'agit-il d'un droit positif en ce sens que le particulier demande au gouvernement d'avoir pleinement accès aux services? Par conséquent, on se trouve alors à interpréter les droits positifs et négatifs, et je crois qu'il ne devrait pas vraiment exister de différence quant au fond entre le fait de l'interpréter en tant que droit positif ou négatif, ou en tant qu'interdiction ou «disposition limitative». Il s'agit simplement de différentes perspectives selon lesquelles des arguments seront présentés à ce sujet.

Le président: Je vais vous dire tout de suite quelle sera ma dernière question parce que j'aimerais revenir sur ce que disait Mme Martin. Vous dites que vous et Mme Jackman partagez son

Jackman agree that there is a right. That is step one. You then said that the question is, and your words were "is there state action which takes it away?" Therefore my question to you would basically be: Does the Canada Health Act, in effect — rather than explicitly — constitute an action which takes away that right in the light of services that are rationed? That is the question that I really want to come back to because that is fundamentally another way of stating the problem I posed to you at the beginning.

Senator Joyal: There are three points I would like to propose for comment to our expert witnesses. The first one is in relation to what the Chairman has mentioned about the obligation of the state to provide health care service. By the very specific five characters of the federal legislation, and especially the one that says "public," it seems to me that the net conclusion on that is that the government has occupied the whole field. In practical terms, the government has left no space for the private sector or for a private system in parallel. In other words, the net effect of the word "public," as one of the essential conditions of our system, puts on the government the whole of the obligation. A citizen is not free to say "If the government does not provide it, I am going to buy it with my own money in the private sector." The net effect is that the Canadian citizen, unique as you said in the world, well I would say maybe in the —

The Chairman: I said the industrialized world.

Senator Joyal: — in the industrialized world, is, in fact, captive to a situation that the government has created in the legislation. I do not say that it is wrong; I just says that the reality, from a reading of the legislation, is that. Therefore there are conclusions that we have to draw from this when we interpret section 7.

Senator Beaudoin: That is right.

Senator Joyal: Because the government itself in fact has put itself in the position of having to deliver the service because the government has occupied the whole of the field. Therefore the obligations of the government and the rights of the citizen have to be interpreted in that context. In my view, that situation has to be read, I should say, with the fact that the Canadian government has signed the international covenants. If you read the last judgment of the Supreme Court on *Burns and Raffy*, the one dealing with the issue of the right to life, the court said that because the federal government has signed the international covenant and has taken upon itself to promote life, it has an additional obligation in domestic legislation. In other words, not only has the government, for itself, occupied the whole field, but also the government internationally has said "We will be promoting the right to health." Therefore I would say that you must visualize the reality of the situation in which we live in Canada, which is in a way unique based on this, I should say, essential element.

The other point I want to put forward is the following: In a recent case — I say "recent" because it deals with government cuts. It was the *Penetanguishene Parents* case in Ontario. It is a case, if my memory serves me well, from 1997 of the Court of Appeal of Ontario. The parents of *Penetanguishene* were suing the Government of Ontario, and in particular the Attorney General of

avis. Vous avez dit que la question consistait à savoir si l'État faisait quoi que ce soit qui porte atteinte à ce droit. Par conséquent, j'aimerais que vous me disiez si l'application de la Loi canadienne sur la santé porte atteinte — non pas explicitement, mais dans les faits — à ce droit pour ce qui est des services rationnés? C'est la question à laquelle j'aimerais vraiment revenir parce qu'il s'agissait essentiellement d'une autre façon de formuler le problème que je posais au début de la séance.

Le sénateur Joyal: J'aimerais connaître l'avis de nos témoins sur trois questions. La première a trait à l'obligation qui est faite à l'État de fournir des services de santé et à laquelle le président faisait allusion. Compte tenu des cinq caractéristiques de la loi fédérale et en particulier du fait qu'elle énonce que les services doivent être «publics», il faut en conclure que le gouvernement occupe tout le terrain. Cela revient à dire que le gouvernement ne laisse aucune place au secteur privé ou à un système parallèle. Autrement dit, le simple fait que l'une des conditions essentielles du système est qu'il doit être «public» signifie que c'est le gouvernement qui a l'entière obligation de rendre les services accessibles. Un citoyen ne peut pas simplement décider d'acheter un service du secteur privé si le gouvernement n'est pas prêt à le lui fournir. Le citoyen canadien se retrouve donc dans la situation que vous avez dit être unique au monde, mais que je dirais être unique dans le...

Le président: J'ai dit dans le monde industrialisé.

Le sénateur Joyal: ... dans le monde industrialisé où il se trouve pris en otage en raison de la situation que le gouvernement a créée par cette loi. Je ne dis pas que ce ne devrait pas être le cas. J'énonce simplement la réalité telle qu'elle est aux termes de la loi. Il nous faut donc tirer certaines conclusions lorsque nous interprétons l'article 7.

Le sénateur Beaudoin: C'est juste.

Le sénateur Joyal: Le gouvernement s'est effectivement placé dans la situation où il doit lui-même offrir les services parce qu'il occupe tout le terrain. Il convient donc d'interpréter les obligations du gouvernement et les droits du citoyen dans ce contexte. À mon avis, il faut aussi tenir compte du fait que le gouvernement canadien est signataire de protocoles internationaux. Si vous lisez le dernier jugement de la Cour suprême dans l'affaire *Burns et Raffy*, la décision qui porte sur le droit à la vie, vous constaterez que la Cour a dit que le fait que le gouvernement fédéral soit signataire du protocole international et ait décidé de promouvoir le droit à la vie entraînait une obligation supplémentaire au plan national. Autrement dit, non seulement le gouvernement occupe-t-il tout le terrain, mais il a pris l'engagement à l'échelle internationale de promouvoir le droit à la santé. Par conséquent, je crois qu'il s'agit d'un élément essentiel compte tenu de la situation qui se présente au Canada et qui est tout à fait unique à cet égard.

J'aimerais aussi attirer votre attention sur le point suivant. Dans une décision récente — je dirais «récente» parce qu'elle porte sur les réductions budgétaires gouvernementales. Il s'agit de l'affaire des *Parents de Penetanguishene* en Ontario qui, si je ne m'abuse, est une affaire sur laquelle s'est prononcée la Cour d'appel de l'Ontario en 1997. Les parents de *Penetanguishene* suivaient le

Ontario, for having cut from the budget of the Ministry of Education the allocation for building a school for French-speaking students. The Attorney General of Ontario replied that the Government of Ontario had inflicted cuts in education as they had done in transport, health and all the other departments. The court came to the conclusion that even though the budgetary exercise of the government is its sole discretion, nevertheless the government had some constitutional obligation to provide for services in both languages, and singularly in the case of the Ontario parents.

Can we not reason on those rights? If the federal government has, in fact, assumed and occupied the whole of the responsibility, how can governments manage their cuts to the services? It could certainly be sustained that the situation cannot be worse thereafter than it was before the cuts. In other words, the courts cannot impose on the government the whole of the budget, but they could say, "In that particular case you are not really assuming the responsibility that you have cut for yourself."

I think that this case needs to be reflected upon to see how the reasoning that the court has followed in a very clear case where the government refused to deliver the services on the basis of budget deficit and all of the speeches that we have been hearing in the last ten years or so, and specifically in Ontario — how the judgment or the reasoning that the court made in that case could serve as a parallel or as an indication of the obligations of the government. I would certainly think that under the present system of law in Canada: the Charter, the Canada Health Act, the international obligations that we have assumed, these have to be read as a whole to determine the rights of the citizens not to be put on a waiting list that would endanger and cause harm in a worst way than it was before the budgetary exercise. That does not mean that the court will say to the province or to the federal government: "Put in more money," or "There is a ceiling and you cannot go beyond that."

There is no doubt that, in the interpretation of the rights of citizens, I think that the context is very different when you see, for instance, that in other European country there are two parallel systems, or there is a part that is private and a large part public. To me, that has to be evaluated on different grounds. That is why I feel, Professors Jackman and Martin, those are test cases that should be conducted. At the very root of our system, I contend that we must be logical as legislators in what we are doing. If we put ourselves in a position where we are the sole determiners of the content of the right of a citizen, then we must assume the responsibility, and we cannot say, "That does not exist" or "It is not enforceable in court."

Dr. Martin: I have many thoughts on this matter. One is that I think we must look at whether or not it can be said, although not from a political perspective but from a legal perspective, that Parliament has occupied the whole field because of the mechanisms that they have used under the Canada Health Act. I think that is a big legal question.

gouvernement de l'Ontario, et en particulier le procureur général de l'Ontario, parce qu'il avait supprimé du budget du ministère de l'Éducation les fonds nécessaires à la construction d'une école destinée aux élèves francophones. Le procureur général de l'Ontario a répliqué que le gouvernement de l'Ontario avait imposé des restrictions budgétaires dans le domaine de l'éducation comme il l'avait fait notamment dans les domaines des transports et de la santé. Le tribunal a conclu que bien que le gouvernement soit maître de son budget, il avait cependant l'obligation constitutionnelle d'offrir des services éducatifs dans les deux langues.

Ne peut-on pas faire valoir certains arguments au sujet de ces droits? Si le gouvernement fédéral occupe effectivement tout le terrain, comment les gouvernements provinciaux peuvent-ils gérer leur réduction de services? On peut certainement soutenir que la situation ne peut pas avoir été pire avant les réductions de services qu'après. Autrement dit, les tribunaux ne peuvent pas imposer au gouvernement le budget en entier, mais ils pourraient dire que, dans un cas en particulier, le gouvernement ne s'acquitte pas de la responsabilité qu'il s'est arrogée.

Je crois qu'il convient de réfléchir sérieusement au parallèle qui peut être fait entre cette affaire où le tribunal s'est prononcé sur la décision prise par le gouvernement de refuser d'offrir des services alléguant avoir réduit ses dépenses pour combattre son déficit et tous les discours qu'on a prononcés à ce sujet au cours des 10 dernières années, en particulier en Ontario, et les obligations que doit remplir le gouvernement. Je crois qu'il faut prendre en compte tout le système de droits actuels au Canada, c'est-à-dire la Charte, la Loi canadienne sur la santé et les obligations internationales auxquelles le Canada souscrit pour établir si les citoyens ont le droit de refuser de devoir attendre pour des services, si cela risque de compromettre leur santé encore plus qu'au moment des compressions budgétaires. Cela ne signifie pas que les tribunaux vont dire à la province ou au gouvernement fédéral d'investir davantage d'argent dans la santé ou de ne pas réduire les services au-delà d'un certain plancher.

Je crois qu'il faut tenir compte de tous ces facteurs lorsqu'il s'agit d'interpréter les droits des citoyens. Le contexte est très différent en Europe où il existe deux systèmes parallèles ou du moins un système qui fait une petite part au secteur privé et une large part au secteur public. À mon avis, il faut tenir compte de tous ces facteurs. Voilà pourquoi je pense, mesdames Jackman et Martin, qu'il faut tenir compte de ces cas. Nous devons être logiques comme législateurs. Si nous voulons être les seuls à pouvoir définir le droit des citoyens, nous devons assumer notre responsabilité et nous ne pouvons pas simplement dire qu'un droit n'existe pas ou qu'il n'est pas applicable par les tribunaux.

Mme Martin: J'ai plusieurs observations à faire. Il faut d'abord se demander s'il est vrai non pas d'un point de vue politique, mais d'un point de vue juridique que le Parlement occupe vraiment tout le terrain étant donné les mécanismes qui découlent de la Loi canadienne sur la santé. Je pense qu'il s'agit d'une question juridique de taille.

It leads to other legal questions. For example, will the court consider the purpose of a law as well as its effect? The answer to that is yes. In ascertaining if there is a breach of section 7 or 15, the court will not only consider the framework or at the wording. They will say, "What effect does this have?" In doing that, the courts may look at whether or not the effect of the overall structure, given what it is and how it operates and works in practice, is an unconstitutional burden on an individual's rights. But where we still get into some difficulty is when we talk about the right to health — and this is where we can only talk, debate, explore, and where perhaps your committee can give thought to what the content of this right might be. Is it a right to health generally? Is it a right to health services? Is it a right to publicly-funded, entirely medically necessary health services? Is it a right to whatever health service you want, whether public, private or non-traditional? We may soon have a case where somebody wants to access a different type of medical service. Does the right to health care have a timeliness component? These are the crucial questions that Professor Jackman and I cannot answer because — and Senator Beaudoin is exactly right in this regard — we do not have clear guidelines from the court. However, so much depends on what that right to health is, although we all seem to agree that it exists. What we may disagree about is what content and contours does that right have?

Ms Jackman: I think Senator Joyal and Senator Kirby are both asking the same question, to a certain degree. One of you has posed it as by *de facto* excluding the private side, and the other has posed it as by occupying the field. Does the Canada Health Act violate or take away from an individual's right to health? I would have to answer, absolutely no, for two reasons: First of all, the Canada Health Act does not occupy the field or exclude the private side. By its very terms, what the Canada Health Act says is that it will not sanction a system whereby the public side subsidizes the private side. Thus the private side remains, due to this subsidy, nevertheless out of reach of middle or low-income Canadians, but cheaper for the rich who can pay for it. That is essentially what a parallel system does.

What the Canada Health Act says is that we have a single payer, and you either opt in or you opt out. If you want to benefit from the deep pockets of the state for your wages as a health care provider, you can only bill the state. If you want to provide care with no limit attached as to what you charge for it, you must simply opt out and you bill patients directly. What you cannot do is say to your patients that the public payer pays 75 per cent and you, the wealthier patient, tops it up by 25, or you, the desperate patient, tops it up by 25. That is what the Canada Health Act says, and by creating a regime that essentially puts us all in the same egalitarian box, I think from an international human rights perspective, the Canada Health Act brings Canada into compliance with its international obligations in relation to the right to health.

Cette question soulève d'autres questions juridiques. Ainsi, le tribunal prendra-t-il en compte l'objectif d'une loi ainsi que son effet? La réponse à cette question est oui. En cherchant à établir s'il y a un non-respect de l'article 7 ou de l'article 15, le tribunal ne se penchera pas seulement sur le libellé des articles. Il se penchera en effet sur leur effet. Le tribunal cherchera donc à établir si le système dans son ensemble, compte tenu de la façon dont il se présente et de la façon dont il est appliqué, porte atteinte de manière inconstitutionnelle aux droits d'un particulier. Le problème qui se pose, est qu'il s'agit du droit à la santé et qu'il faut définir ce qu'on entend par ce droit. Peut-être que votre comité peut jouer un rôle utile à cet égard. S'agit-il d'un droit à la santé en général? S'agit-il d'un droit aux services de santé? S'agit-il d'un droit à des services de santé essentiels financés à même les deniers publics? S'agit-il d'un droit à n'importe quels services de santé qu'il s'agisse de services publics, privés ou non traditionnels? Quelqu'un demandera peut-être sous peu à un tribunal s'il a le droit à un type de services médicaux différents des services classiques. Des contraintes de temps s'appliquent-ils aussi au droit à la santé? Voilà des questions fondamentales auxquelles M. Jackman et moi ne pouvons répondre — et le sénateur Beaudoin a tout à fait raison à cet égard — parce que nous ne disposons pas de lignes directrices très claires à ce sujet provenant des tribunaux. Nous semblons tous convenir que le droit à la santé existe, mais la question de savoir ce qu'est au juste ce droit revêt beaucoup d'importance. Nous ne partageons peut-être pas tous le même point de vue sur le contenu et les limites de ce droit.

Mme Jackman: Je crois que les sénateurs Joyal et Kirby posent plus ou moins la même question. L'un a dit que le gouvernement avait, dans les faits, exclu le secteur privé et l'autre a dit qu'il occupait tout le terrain. La Loi canadienne sur la santé porte-t-elle atteinte au droit d'une personne à la santé? Je répondrais non pour deux raisons: premièrement, le gouvernement fédéral n'occupe pas tout le terrain aux termes de la Loi canadienne sur la santé et n'a pas exclu le secteur privé. La Loi canadienne sur la santé énonce cependant que le secteur public ne doit pas subventionner le secteur privé. Par conséquent, le secteur privé demeure hors de la portée des Canadiens à faible et à moyen revenu, mais tout à fait accessible aux riches. Voilà essentiellement comment fonctionne un système parallèle.

La Loi canadienne sur la santé énonce qu'il n'y a qu'un seul payeur et qu'on peut soit participer au régime soit s'en exclure. Si un fournisseur de soins de service veut pouvoir facturer ses services à l'État, il ne peut les facturer qu'à l'État. Si vous voulez pouvoir facturer vos services à qui bon vous semble, vous devez facturer directement vos patients et cesser d'appartenir au régime public. On ne peut pas dire à son patient qu'un régime public va lui rembourser 75 p. 100 de ses frais et qu'il doit assumer le reste, qu'il soit riche ou démuné. Voilà ce qu'énonce la Loi canadienne sur la santé. En créant un régime essentiellement égalitaire, je crois que le Canada respecte ses obligations internationales en ce qui touche le droit à la santé.

In the absence of the Canada Health Act, in the absence of a single-tier public system, one could argue that Canada was in violation of its international obligations in relation to the right to health, because as we see in the United States, they have a whole tier of people, economically disadvantaged people, who do not have access to health care services —

The Chairman: I must interrupt you to ask you supplementary questions, and my supplementary at this time has nothing to do with the United States. It has to do with the fact that, as Senator Joyal made in an observation, every European country, every major European country, certainly, has a parallel system. Thus I would infer from your statement that every European country is in violation of their international obligations. That is the consequence of what you said. I admit that I am not a lawyer, but I find that very difficult, if not impossible, to believe.

Ms Jackman: No, I think the point that I am attempting to make is that, in the absence of a publicly-funded health care system that ensures access without barriers in relation to ability to pay, you are not meeting your obligation. Then it becomes a matter of social science evidence, and here I would rely on, as I say, the economist, my friend Ted Marmor, who has demonstrated that a two-tier system is not as effective in ensuring access for low-income patients as a single-payer system. My concern is really from the perspective not simply of the generic patient but the patient who has trouble accessing equal services in a private system.

I think you are absolutely right, Senator Kirby. I probably overstated the case when I said that a parallel system would violate the international covenant, but the point I am trying to make is that, in the absence of a publicly-funded regime, you are clearly in violation of the Canada Health Act.

My perspective would be that the Canada Health Act does not take away rights; the Canada Health Act guarantees or provides rights, and actually reflects the government's obligation to provide health care services.

In terms of the analogy to the *Penatanguishene* case, what is interesting about that case is, as you know, Senator Joyal, that unlike most other provisions of the Charter, section 23 is, by its terms, a positive obligation. It imposes a positive obligation on the state to provide schooling, or access to education in a minority language.

Senator Joyal: There is no doubt.

Ms Jackman: Therefore, unlike section 7 where you have an ideological obstacle to convincing the court that this is a positive obligation, by its very text section 23 imposes positive obligations on the state. But I think what is interesting about the *Penatanguishene* case is the question of what is described in international human rights law as a deliberately retrogressive measure: that is to say, when you have provided benefits at a certain level, or you have undertaken a certain commitment, and then you start to ratchet things back. We have seen that, obviously,

Si la Loi canadienne sur la santé n'existait pas au Canada, si nous n'avions pas un système public unique, on pourrait soutenir que le Canada ne respecte pas ses obligations internationales en ce qui touche le droit à la santé. Aux États-Unis, comme on le voit, toute une couche de la population, les personnes à faible revenu n'ont pas accès à des soins de santé...

Le président: Je dois vous interrompre pour vous poser une question complémentaire qui n'a rien à voir avec les États-Unis. Comme le faisait remarquer le sénateur Joyal, tous les grands pays européens ont un système parallèle de santé. Il faudrait donc déduire de ce que vous dites que tous les pays européens enfreignent leurs obligations internationales. C'est la conclusion logique qu'il faut tirer de vos propos. Je ne suis pas avocat, mais je trouve cela très difficile à croire, voire impossible.

Mme Jackman: Ce que je dis c'est qu'un pays qui n'aurait pas un système de soins de santé financé à même les deniers publics, où l'accès aux services n'est pas lié à la capacité de payer, il pourrait être accusé de ne pas respecter ses obligations internationales. Il faudrait alors se reporter aux conclusions des spécialistes des sciences sociales. Mon ami économiste Ted Marmor a montré qu'un système comportant deux paliers ne permet pas aux patients à faible revenu d'avoir aussi efficacement accès aux services de santé qu'un système unique. Je me préoccupe non seulement du cas de l'ensemble des patients, mais des patients qui auraient du mal à obtenir des services comparables dans un système privé.

Je crois que vous avez absolument raison, sénateur Kirby. Je suis sans doute allée au-delà de ma pensée en disant qu'un système parallèle s'opposerait aux obligations souscrites dans le cadre des accords internationaux, mais ce que j'essaie de faire ressortir c'est que l'absence d'un système financé à même les deniers publics irait clairement à l'encontre de la Loi canadienne sur la santé.

À mon avis, la Loi canadienne sur la santé ne porte pas atteinte aux droits à la santé, mais plutôt le contraire et qu'elle reflète l'obligation prise par le gouvernement de fournir des soins de santé aux citoyens.

Quant à l'analogie avec l'affaire *Penatanguishene*, ce qui est intéressant dans ce cas, comme vous le savez, sénateur Joyal, c'est que contrairement à la plupart des autres dispositions de la Charte, l'article 23 est par définition une obligation concrète. Il impose une obligation concrète à l'État de fournir un enseignement, ou l'accès à l'enseignement dans une langue minoritaire.

Le sénateur Joyal: Cela ne fait aucun doute.

Mme Jackman: Par conséquent, contrairement à l'article 7 où il y a un obstacle idéologique qui empêche de convaincre le tribunal qu'il s'agit d'une obligation concrète, le libellé même de l'article 23 impose des obligations concrètes à l'État. Ce qui est intéressant dans l'affaire *Penatanguishene*, c'est ce que l'on décrit dans le droit international sur les droits de la personne comme une mesure délibérément rétrograde: autrement dit, lorsque vous avez offert des avantages à un certain niveau ou pris un certain engagement et que vous commencez à en récupérer une partie.

in the welfare context in Canada — and in Ontario quite glaringly, with actual cuts in rates.

However, we have also seen it in Ontario in the health care system, as well as in other provinces, and that is where you might be able to argue that when the state provides a publicly-funded system, and as you have pointed out, sets it up in such a way that there is an economic deterrence to private participants because they cannot bill the public system — they must either opt in or opt out — decision-making around rationing and cutbacks then become subject to review.

This argument, I think, will be seen in the *Montfort* case, where one of the arguments that is being made in that case is that by closing the French language hospital that serves Eastern Ontario, the claim is an equality rights claim; it is a violation of the rights of the francophone minority in Eastern Ontario to equal access to health care services. However, as in the *Eldridge* case, I think that case could have been brought under section 7, because what is really happening is that a certain set of potential patients had previously been identified, and then there was a ratcheting back on what was previously available. In my view, an argument is always easier under the Charter if the program already exists and then there are either irrational or discriminatory cuts, than if a plaintiff is making a claim *ab initio* that a service must be provided.

Senator Grafstein: There is, in my mind, a certain confusion about the difference between a constitutional right under the Constitution and a legislative right. I am trying to be a non-lawyer for a moment and then I will be a lawyer, just for the sake of definition. I remember having a discussion with Mr. Trudeau very early on in the constitutional debates about economic rights, and Mr. Trudeau wrote an article in 1955, I think, in the *Canadian Bar Review* entitled something like “Toward an Economic Bill of Rights.” I then wrote an article in 1975 or thereabouts to sort of trump him on that, and we had a huge discussion and correspondence about his views and my views on that subject. But where we both agreed — or, at least, he pointed out to me that, “Grafstein, where do you think you find in the Charter the right to have a house?” I said that everybody is entitled to the right to have a house. He said “Where do you find that? We are not dealing with ‘economics rights.’ What we are dealing with is legal protection, legal rights, political rights, separate and distinct from economic rights.” I think that is an important point to keep in mind as we approach this subject, because it is a very dangerous area that we enter into if we confuse the question of political protection with economic entitlement.

Clearly, in my view, on a reading of the Canada Health Act, and Senator Kirby and I were involved in this politically from the time of the Liberal convention in 1966, but the defence of the Canada Health Act at that time was that it was not to be all-inclusive; it was to be insurance, in effect, to cover against disasters. We occupied the field in one sense that everybody had a legislative right to participate, but if one chose not to participate, the field

Nous en avons manifestement été témoins pour l'aide sociale au Canada, et en Ontario de façon flagrante, étant donné la réduction réelle des prestations.

Toutefois, nous avons également assisté à la même chose dans le système des soins de santé en Ontario, ainsi que dans d'autres provinces, et c'est là que l'on pourrait soutenir que lorsque l'État assure un système financé par le secteur public, et que comme vous l'avez signalé, il l'organise de façon à ce que cela dissuade les participants privés qui ne peuvent pas payer la note du système public — ils doivent ou bien décider d'en faire partie ou s'en retirer — les décisions relatives au rationnement et aux compressions font alors l'objet d'examen.

C'est l'argument que l'on retrouve, à mon avis, dans l'affaire *Montfort*, où l'un des arguments présentés en l'espèce porte que la fermeture de l'hôpital de langue française qui dessert l'est de l'Ontario entraîne une plainte liée aux droits à l'égalité; c'est une atteinte aux droits de la minorité francophone de l'est de l'Ontario à l'égalité d'accès aux services de soins de santé. Toutefois, comme dans l'affaire *Eldridge*, cette affaire aurait pu être examinée aux termes de l'article 7, car en réalité, un groupe donné de patients éventuels avait précédemment été identifié et ensuite, on a réduit les services qui étaient disponibles auparavant. À mon avis, il est toujours plus facile d'invoquer la Charte si le programme existe déjà et qu'il y a eu des coupures illogiques ou injustes, que si un plaignant allègue au départ qu'un service doit être offert.

Le sénateur Grafstein: Il règne à mon avis une certaine confusion autour de la différence entre un droit constitutionnel garanti par la Constitution et un droit législatif. J'essaie de considérer le point de vue du profane et celui du juriste, pour le plaisir de la définition. Je me souviens d'avoir discuté des droits économiques avec M. Trudeau, au tout début des débats constitutionnels; M. Trudeau a écrit un article en 1955, sauf erreur, paru dans la *Revue du Barreau canadien* et intitulé «Vers une déclaration des droits économiques», à peu de choses près. Puis j'ai écrit un article en 1975 environ pour le contredire à ce sujet, et nous avons eu un débat approfondi et une correspondance nourrie pour échanger nos opinions sur ce point. Il y a toutefois une chose sur laquelle nous étions d'accord — ou du moins, il m'a fait la remarque suivante: «Grafstein, où trouve-t-on dans la Charte, selon vous, le droit de posséder une maison?» J'ai répondu que tout le monde avait le droit de posséder une maison. Il m'a dit «Où cela se trouve-t-il? Nous ne traitons pas des «droits économiques». Ce que nous prévoyons, c'est une protection juridique, des droits juridiques, des droits politiques, qui sont tout à fait distincts des droits économiques». C'est une chose importante qu'il ne faut pas perdre de vue lorsqu'on aborde cette question, car nous nous lançons sur un terrain très dangereux si nous confondons la protection politique et le droit économique.

De toute évidence, à mon avis, si l'on interprète la Loi canadienne sur la santé — et le sénateur Kirby et moi-même avons participé à ce débat du point de vue politique depuis le Congrès libéral de 1966, mais on a justifié la Loi canadienne sur la santé à l'époque en disant qu'elle n'était pas censée offrir toutes les garanties; cela devait être, en fait, une assurance contre certains sinistres. Nous avons réglé le problème d'une certaine

was not occupied. Even the health act itself and the original health act was insurance against certain claims. It was not total occupation of every claim. For instance, in the field of drugs: Drugs are not covered.

Therefore I think it is important for us as parliamentarians to be very careful about trying to impose obligations and economic rights that detract from the supremacy of Parliament to make up its mind as to how it wants to allocate its economic resources. The more we allow the courts, quite frankly, to impose economic rights, the more we deteriorate the right and the supremacy of Parliament to be accountable to the taxpayer.

When we look at this subject, I say there is a very careful problem here. If the public is not getting the proper service, they have a right of appeal. They can go to their MPs, they can go to their politicians, they can throw them out. However to transform that right into an economic right, imposed by the Charter — and here I must say that I do not see how it is covered in section 7. I do not see an economic right imposed by section 7. I think your witnesses were very careful to say that there may be grounds, ultimately, for the courts to create such a right. The last thing I would want to do is to have the courts create for Parliament economic rights, because that deteriorates Parliament. We believe in the supremacy of Parliament, and the Charter has opened the door for the courts to interpret much more broadly what it means, but for us to relieve ourselves of the responsibility of making the tough economic decisions about how we allocate taxpayers' dollars because it imposes a constitutional duty, to my mind we are moving into very dangerous ground indeed.

Therefore I start off by saying that we are building law here that may not exist. Then to take the leap of faith and say, as my colleague has said, that an international convention imposes an economic duty on the federal government to allocate its tax resources in such a way that, in fact, it cannot be accountable is something else again.

Mr. Chairman, I thank you for drawing my attention to this discussion within this committee, because I am not a member of this committee. However, I come back to my point that it is very important that we really, carefully, segregate in our own minds the difference between what Parliament is responsible for and accountable for, and what the Constitution imposes. If we blur these responsibilities and all of a sudden say "By the way, let's have a case for the courts to decide how Parliament should allocate its dollars," it diminishes, I think, responsible government in a serious way.

I conclude, Mr. Chairman, by saying this: Having looked at this question, I do not think that there is a constitutional right to health care. I think that there is a legislative right to be treated fairly, but it is not a constitutional right or an economic constitutional obligation. I do not know where the Supreme Court of Canada

façon en disant que tout le monde avait un droit législatif de participer, mais que si l'on décidait de ne pas participer, le domaine n'était pas occupé. Même la loi sur la santé proprement dite et la loi initiale prévoyaient une assurance contre certaines revendications. La loi ne devait pas permettre de répondre à tout. Par exemple, dans le domaine des médicaments, ces derniers ne sont pas visés.

C'est pourquoi je pense qu'il importe que nous, parlementaires, fassions preuve d'une grande prudence avant d'essayer d'imposer des obligations et des droits économiques qui passent outre à la suprématie du Parlement pour décider de la façon dont il veut distribuer ses ressources économiques. En toute franchise, plus nous permettons aux tribunaux d'imposer des droits économiques, plus nous grugeons le droit et la suprématie du Parlement de rendre des comptes aux contribuables.

Tout bien considéré, j'affirme qu'il y a un problème bien précis en l'occurrence. Si la population n'obtient pas le service adéquat, elle a le droit de faire appel. Les gens peuvent s'adresser à leur député, saisir leur représentant politique de l'affaire, ou le renvoyer chez lui. Toutefois, de là à en faire un droit économique, imposé par la Charte — et je dois dire ici que je ne vois pas comment cela est visé par l'article 7. À mon avis, l'article 7 n'impose pas de droit économique. Vos témoins ont été très prudents en déclarant que les tribunaux avaient peut-être, en dernier ressort, des raisons de créer un tel droit. La dernière chose que je souhaite faire, c'est laisser les tribunaux créer des droits économiques pour le Parlement, car cela nuit à ce dernier. Nous croyons en la suprématie du Parlement et la Charte a permis aux tribunaux d'interpréter de façon beaucoup plus large sa signification, mais de là à nous libérer de la responsabilité de prendre les décisions économiques difficiles quant à la distribution des deniers publics, car cela impose un droit constitutionnel, ce serait à mon avis nous lancer sur un terrain extrêmement dangereux.

Je dirais donc d'emblée que nous sommes en train d'adopter des mesures législatives qui n'existent peut-être pas. C'est autre chose que de faire le saut et de déclarer, comme l'a dit mon collègue, qu'une convention internationale impose au gouvernement fédéral l'obligation économique de répartir ses ressources fiscales de telle façon qu'il ne puisse pas en rendre compte.

Monsieur le président, je vous remercie de m'avoir permis de participer à cette discussion, car je ne suis pas un membre de votre comité. Toutefois, j'en reviens à ce que j'ai dit, à savoir qu'il est extrêmement important de bien faire, dans notre esprit, la distinction entre les responsabilités du Parlement et les obligations constitutionnelles. Si nous confondons ces responsabilités et que nous déclarons d'un seul coup «Au fait, laissons aux tribunaux le soin de décider de la façon dont le Parlement devrait répartir ses deniers», je pense que cela bat sérieusement en brèche la notion de gouvernement responsable.

Je conclurai sur ces mots, monsieur le président. Après avoir examiné cette question, je ne pense pas qu'il existe un droit constitutionnel aux soins de santé. Il existe selon moi un droit législatif à l'égalité de traitements, mais ce n'est ni un droit constitutionnel ni une obligation économique constitutionnelle. Je

would have the power to do that under the Constitution, saving, as somebody pointed out, with respect to a very definitive obligation that went to the heart of the constitutional settlement, which was to ensure that education would be available in both languages under certain circumstances. That is different.

The Chairman: Let me make just one comment which I think I made before Senator Joyal came in, but it will tie in with what he said. As I think I said at the beginning, I happen to agree that there is not an economic right, and I also agree that Parliament has the right to decide to spend its money where it wants to spend it. On that point, Senator Joyal and I are in slightly different camps, although we reach the same end point.

However, my concern was: Do they simultaneously have the right to deny me the right to then purchase the service? Thus the issue I was raising is not does government have the right to decide how it will spend its money, but if, in so doing, it restricts access to the service, does it then have the power to deny me the right to purchase the service, which is, in effect, what the Canada Health Act does, and I repeat, I understand that it does not do that explicitly, but that is the absolute effect of the Canada Health Act.

Senator Grafstein: But, Chairman, does it?

The Chairman: That is the absolute effect of what it does.

Senator Grafstein: Just on that narrow point, if I chose to set up a purely private health system —

The Chairman: Right, you can do that.

Senator Grafstein: I can do that.

The Chairman: But hear me out; I will come back to this debate, but let me make a comment. You are absolutely right, but that would be so totally uneconomic a scheme that the reality is that it will not happen, and therefore I would argue that the Canada Health Act, in effect, prohibits that, and indeed I would argue — and when you listen to the politicians of all parties, federal and provincial, they argue — that that is what the Canada Health Act does, or at least that is what they think it does.

Ms Jackman: Senator Grafstein, I think I might turn your question on its head, because you are concerned that, by recognizing social and economic rights under the Charter, we essentially take power and accountability away from democratically elected governments and transfer them to unaccountable, unelected courts. That is a common critique of the Charter, and in fact judges are very sensitive to that. Most social and economic rights claims that have been decided in the lower courts in the area of health and welfare have been lost because of that policy concern. In fact, the courts rarely even get into a principal, doctrinal analysis of the claim. They simply say, “We should not be doing this,” or “We cannot do this.”

ne vois pas ce qui pourrait habiliter la Cour suprême du Canada à agir ainsi aux termes de la Constitution, si ce n'est, comme quelqu'un l'a signalé, à l'égard d'une obligation très précise qui était au coeur du règlement constitutionnel, à savoir s'assurer que l'enseignement serait offert dans les deux langues dans certaines circonstances. C'est autre chose.

Le président: Permettez-moi de faire une remarque que j'ai déjà faite avant l'arrivée du sénateur Joyal, mais qui est en rapport avec ce qu'il a déclaré. Comme je l'ai dit au début, je pense, je conviens qu'il ne s'agit pas d'un droit économique, et je reconnais également que le Parlement a le droit de décider de dépenser ses fonds comme il l'entend. Sur ce point, le sénateur Joyal et moi sommes dans des camps un peu différents, même si nous en arrivons à la même conclusion.

Voici toutefois ce qui me préoccupait: le gouvernement a-t-il, en même temps, le droit de me refuser le droit d'acheter le service? La question que j'ai posée n'est donc pas de savoir si le gouvernement a le droit de décider de la façon dont il veut dépenser son argent, mais si, ce faisant, il limite l'accès au service, s'il a alors le pouvoir de me refuser le droit d'acheter le service, comme le prévoit en réalité la Loi canadienne sur la santé. Je le répète, je comprends que ce ne soit pas interdit de façon explicite, mais c'est dans l'absolu la conséquence de la Loi canadienne sur la santé.

Le sénateur Grafstein: En êtes-vous sûr, monsieur le président?

Le président: C'est l'effet absolu.

Le sénateur Grafstein: Dans cette perspective très restreinte, admettons que je mette sur pied un système de santé entièrement privé...

Le président: En effet, vous pouvez le faire.

Le sénateur Grafstein: Je peux le faire.

Le président: Écoutez-moi d'abord, je reviendrai à cela plus tard, mais je voudrais d'abord faire une observation. Vous avez parfaitement raison, mais ce serait un régime tellement peu rentable que ce serait une totale impossibilité, et par conséquent je soutiendrais pour ma part que la Loi canadienne sur la santé l'interdit purement et simplement, et je soutiendrais d'ailleurs aussi — et lorsque vous écoutez les politiciens fédéraux et provinciaux de toutes les allégeances, c'est aussi ce qu'ils disent — que c'est précisément l'effet de la Loi canadienne sur la santé, ou du moins c'est ce qu'ils pensent.

Mme Jackman: Sénateur Grafstein, je pense pouvoir vous retourner la question parce que ce que vous dites, c'est qu'en reconnaissant les droits économiques et sociaux en vertu de la Charte, nous soustrayons aux gouvernements démocratiquement élus le pouvoir et la responsabilité pour les confier à des tribunaux non élus et qui n'ont pas à rendre compte de leurs actes. C'est souvent la critique qu'on formule à l'endroit de la Charte, et d'ailleurs les juges en sont particulièrement conscients. La plupart des causes concernant les droits sociaux et économiques qui ont été jugées par les tribunaux de première instance dans le domaine de la santé et du bien-être social ont été perdues en raison précisément de cette considération d'ordre politique. D'ailleurs, il est rare que les tribunaux se lancent dans une analyse des

What is the impact of this interpretation? Essentially, to suggest that all the Constitution does is to say to the state, "You cannot take something away from someone," or "You do not have the obligation to give something to someone," we end up with a constitutional regime that is fundamentally discriminatory towards the poor, because we then have a regime that protects people who have something both from having the state take it away and from being forced to redistribute, and those who have nothing are left without rights.

In the context of health and welfare, it becomes particularly obvious. Senator Kirby's claim, if I understand it correctly, is that you would have a Charter that does not oblige the state to provide health care, but prevents the state from regulating private providers out of the market, which is essentially the worst possible scenario for poor patients because they do not have a right to demand publicly-funded services, but they cannot complain when the state essentially subsidizes private providers.

In terms of subjecting the health care system to Charter scrutiny, what is the problem with that? I would like to use a case almost anecdotally, the *Fernandez* case, which was a case decided in the Court of Appeal in Manitoba, where Eric Fernandez was disabled, and essentially he needed a respirator and attendant care for 16 hours a day. His girlfriend left him so he was basically stuck. He went to his welfare worker and he said, "I would like my welfare benefits increased by \$600 a month so that I can hire a private home care provider and stay in my apartment." The welfare worker said "No. The welfare rate in Manitoba is \$400, everybody gets \$400. We cannot give you an extra 600." That got to the Court of Appeal, and what the Court of Appeal said was that "Section 7 does not protect economic rights, and the answer is no." What was the effect of this decision, essentially? The Ministry of Social Welfare saved \$600 a month, but the Ministry of Health ended up paying \$1,500 a day to keep this man in the municipal ward of the Winnipeg Hospital because he could not go home.

What would the Charter have done to that claim if it had been addressed in the way I am proposing? First of all, Eric Fernandez would have succeeded in his claim that the state has a duty to provide him with a minimum of welfare and health services. He could only have succeeded in that claim if he could have proved that when the state deprived him of that health care service or that welfare income, it was irrational or discriminatory. That is the section 7 and 15 standard. Furthermore, the state would have had a second kick at the can. The Government of Manitoba could have argued that it was justified in not giving this man the extra \$600 a month. Once again, what would Charter scrutiny have done? Essentially, it would have permitted the court to ask: "Was this a legitimate objective? You were trying to save money; that is a

principles ou de la doctrine sous-jacente à la cause. Ils se contentent de dire: «Nous ne sommes pas là pour faire cela» ou encore «Nous ne pouvons pas faire ce que vous nous demandez».

Quelle est la conséquence de cette interprétation? En fait, en disant que tout ce que fait la Constitution, c'est de dire à l'État: «Vous ne pouvez pas retirer quelque chose à quelqu'un» ou encore «Vous n'avez pas l'obligation de donner quelque chose à quelqu'un», on finit par avoir un régime constitutionnel qui est fondamentalement discriminatoire à l'endroit des pauvres, étant donné que c'est un régime qui protège les gens nantis contre les atteintes de l'État qui pourrait vouloir leur enlever leurs biens et les contraindre à les redistribuer, de sorte que ceux qui n'ont rien se retrouvent sans aucun droit.

Dans le cas de la santé et du bien-être social, cela devient particulièrement évident. Si j'ai bien compris, le sénateur Kirby affirme qu'on aurait une Charte qui n'obligerait pas l'État à offrir des soins de santé, mais qui l'empêcherait également de réglementer les fournisseurs privés au point de les éliminer. Ce serait finalement le pire scénario possible pour les pauvres étant donné qu'ils n'ont pas le droit d'exiger des services financés par l'État, alors qu'ils ne peuvent même pas se plaindre lorsque celui-ci subventionne en fait les fournisseurs privés.

Pour ce qui est d'assujettir le système de la santé à la Charte, en quoi cela poserait-il problème? J'aimerais, de façon presque anecdotique, prendre l'exemple de la cause *Fernandez* qui a fait l'objet d'un jugement de la Cour d'appel du Manitoba. Eric Fernandez était un handicapé qui avait besoin d'un appareil respiratoire, mais également d'un auxiliaire médical à raison de 16 heures par jour. Sa compagne l'avait abandonné, de sorte qu'il était coincé. Il est allé trouver l'employé de l'aide sociale et il lui a dit: «Je voudrais une augmentation de 600 \$ par mois de mes prestations de bien-être social afin que je puisse embaucher un garde-malade privé pour pouvoir continuer à habiter dans mon appartement». L'employé de l'aide sociale lui a répondu: «Non. Au Manitoba, le montant des prestations est de 400 \$ et tout le monde touche la même chose. Nous ne pouvons pas vous donner 600 \$ de plus.» Il en a saisi la Cour d'appel et cette dernière a dit: «L'article 7 ne protège pas les droits économiques, de sorte que la réponse est non». Quel a été l'effet de ce jugement? Le ministère des Services sociaux a économisé 600 \$ par mois, mais c'est le ministère de la Santé qui s'est trouvé à payer 1 500 \$ par jour parce que cet homme a dû être hospitalisé à l'hôpital de Winnipeg puisqu'il ne pouvait plus rester chez lui.

Quel aurait été l'effet de la Charte sur cette cause si elle avait été formulée comme je le suggère? Pour commencer, Eric Fernandez aurait eu gain de cause en affirmant que l'État a le devoir de lui donner un minimum de services de bien-être social et de santé. Il aurait uniquement pu avoir gain de cause devant le tribunal s'il avait pu prouver que, lorsque l'État l'a privé de ces services de santé ou de ces prestations d'aide sociale, cette décision était irrationnelle ou discriminatoire. Cela, c'est le critère prévu par les articles 7 et 15. Par ailleurs, l'État aurait pu avoir une seconde chance. En effet, le gouvernement du Manitoba aurait pu soutenir qu'il était en droit de ne pas donner à cet homme les 600 \$ par mois de plus qu'il réclamait. Ici encore, quel effet aurait eu la Charte si le plaignant en avait invoqué les

legitimate objective to want to manage your welfare and health system in a way that is economically sound, that will not bankrupt the state. But were the means you adopted in this case rational?" Absolutely not. A great deal of the decision-making in the health care system is highly irrational. *Fernandez* is a glaring example: save 600 bucks a month, spend \$1,500 a day. However, a great deal of the decision-making in the health care system is like that.

I was counsel for one of the intervenors in *Eldridge*. The plaintiff in that case, Mrs. Eldridge, who basically delivered twins by caesarean section, did not have the ability to communicate with the nurses and physicians. The kids were whipped away. She had no idea if they were alive or dead. One of the reasons that we won that case is that we said to the Ministry of Health, "You have told this couple that you have no obligation to pay for interpretation services." What the Attorney General of British Columbia argued, and the British Columbia Court of Appeal accepted, is that it would bankrupt the health care system if judges started dabbling in this area. In other words, "We are not institutionally competent to do it, and it is institutionally, democratically illegitimate for us to become involved in this area." What we said in court, with the rigor of legal analysis, was: "Do you know whether you are saving money when you do not spend that \$150,000 on interpretation services, or do people get sicker because they cannot communicate with their doctor, and need to go back three or four times because the first time they were not able to communicate? You do not even know if you are wasting money to save that \$150,000." A lot of the decision-making in the health care system is irrational in this way.

Since the Royal Commission on Reproductive Technologies, the "experts" have been advocating for results-oriented decision-making in the health care system, but it is not happening because of all kinds of institutional constraints, particularly around the way physicians are paid. One of the advantages of subjecting this matter to Charter scrutiny is that you have a decision-making process where the government cannot simply claim, "We are doing the right thing. We are saving money. This would bankrupt the state if you dabbled. You must prove it." Sometimes the state will prove that its decision-making is in the public interest and economically rational. In other cases — and I have to say that in most of the cases in which I have been involved as legal counsel for disadvantaged groups, the decision-making that we are challenging is not only discriminatory but it is irrational. We only succeed when we can prove that to the court, and the court overcomes its innate reluctance to tamper in this area, because they are horribly conservative and they do not want to go anywhere near it. There are very few cases where Charter claims

dispositions? Eh bien, elle aurait permis au tribunal de demander ceci: «Cet objectif était-il légitime? Le gouvernement essayait d'économiser de l'argent, c'est un objectif légitime que de vouloir gérer son régime d'aide sociale et son système de santé d'une façon économiquement rentable, mais ce n'est pas cela qui mettra l'État en faillite. Par contre, les moyens que vous avez adoptés dans ce cas-ci étaient-ils rationnels?» Absolument pas. Dans le système de santé, un nombre considérable de décisions sont extrêmement irrationnelles. La cause *Fernandez* en est un exemple flagrant: on économise 600 \$ par mois à gauche pour en dépenser 1 500 \$ par jour à droite. Malheureusement, bon nombre des décisions prises dans le domaine de la santé ressemblent à cela.

J'étais l'avocat de l'une des intervenantes dans la cause *Eldridge*. La plaignante, Mme Eldridge, qui avait donné naissance à des jumeaux par césarienne, n'avait pas pu communiquer avec les infirmières ou avec les médecins. Les bébés lui avaient immédiatement été enlevés, et elle ne savait même pas s'ils étaient vivants ou morts. L'une des raisons pour lesquelles nous avons gagné cette cause est que nous avons dit au ministère de la Santé: «Vous avez dit à ce couple que vous n'étiez pas obligés de payer les services d'un interprète». Ce que le procureur général de la Colombie-Britannique avait soutenu en cour, un argument qui avait d'ailleurs été accepté par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique, c'est que le système de santé ferait faillite si les juges commençaient à intervenir dans ce domaine. En d'autres termes: «Nous n'avons pas la compétence institutionnelle pour le faire et pour nous, il est à la fois institutionnellement et démocratiquement illégitime d'intervenir dans ce domaine». Nous, nous avons dit au tribunal, avec une analyse juridique extrêmement rigoureuse: «Êtes-vous sûr que vous économisez de l'argent lorsque vous ne dépensez pas ces 150 000 \$ pour des services d'interprétation, et est-ce qu'il n'y a pas des gens qui deviennent plus malades parce qu'ils ne peuvent pas communiquer avec leur médecin, ce qui les oblige à les consulter trois ou quatre fois, parce que la première fois, ils étaient incapables de communiquer avec lui? Vous ne savez même pas si, pour économiser ces 150 000 \$, vous ne gaspillez pas beaucoup plus.» Dans le système de santé, il y a énormément de décisions qui sont aussi irrationnelles que cela.

Depuis la Commission royale sur les technologies de reproduction, les «experts» préconisent que les décisions prises dans le cadre du système de santé soient axées sur les résultats, mais ce n'est pas le cas à cause de toutes sortes de contraintes d'ordre institutionnel, en particulier en ce qui concerne la rémunération des médecins. L'un des avantages qu'il y aurait à faire intervenir la Charte est que le gouvernement ne pourrait plus se contenter d'affirmer, dans le cadre du processus décisionnel: «Nous faisons ce qu'il faut. Nous économisons de l'argent. Si vous intervenez, l'État fera faillite. C'est à vous à faire la preuve.» Parfois, l'État prouvera effectivement que son processus décisionnel est conforme à l'intérêt public et qu'il est rationnel sur le plan économique. Dans d'autres cas — et je dois admettre que dans la plupart des affaires dans lesquelles je suis intervenu en tant que conseiller juridique pour des groupes défavorisés, le processus décisionnel que nous contestions était non seulement discriminatoire, mais également irrationnel. Nous avons réussi à avoir gain de cause uniquement lorsque nous étions parvenus à

have succeeded, but where those claims have succeeded it is because the decision that the state is defending is so profoundly wrong, and false economy.

Dr. Martin: I will be very brief, Senator Grafstein. The first point I will make is that a lot depends on how rights are characterized, as to whether or not it is an economic right or a right that really is tied to a person's inviolability to their right to life, to their security of the person. Is being on a waiting list an impairment of your psychological well-being? Does it jeopardize your health? A lot of that discussion involves the argument: Do you say it is an economic right because it involves money, or does the money represent something that is much more fundamental and much more protected by the Charter?

The second point I will make is that we should not confuse economic rights and the costs of protecting any Charter right. For example, one of the biggest decisions under the Canadian Charter of Rights and Freedoms was that an accused in a criminal trial gets full disclosure of the Crown's case. That is not an economic right; that is a fundamental, legal right that is protected. But the costs that come from a recognition of that right are — and were, and continue to be — immense. That was my second point.

My third point relates to the relationship between Parliament and the courts. I think it is important to remember that Parliament is not outside the Charter, and that the courts are the enforcers of the Charter. That is only one vision of the relationship. I think there is another that is equally important and that is, as parliamentarians, your obligation is to review the content of Charter rights so that when Parliament enacts or engages in state action, it is doing so in a manner that respects the rights and obligations in the Charter. In fact, Parliament should be in the role of facilitator of rights, and not rely only on the court to be the guardian of them.

Senator Graham: I enter into this discussion as a non-lawyer with some trepidation, Mr. Chairman, so my question or questions will be very simple.

Am I correct, Professor Jackman, in saying that in your conclusion you said that the Canada Health Act is defensible?

Ms Jackman: Totally.

Senator Graham: Correct. Thank you.

Professor Martin, at the outset, you expressed surprise that we were this far ahead in our study without having clarified this issue. Am I correct in saying that?

prouver cela au tribunal et que le tribunal avait surmonté sa répugnance innée à intervenir dans ce domaine, étant donné que la magistrature est horriblement conservatrice et ne veut même pas y toucher avec des gants. Il y a certes quelques rares cas dans lesquels une argumentation basée sur la Charte a permis au plaignant d'avoir gain de cause, mais là encore, c'est uniquement parce que la décision que l'État défendait était totalement erronée et n'était qu'une fausse économie.

Mme Martin: Je serai très brève, sénateur Grafstein. La première chose que je ferai valoir, c'est que tout dépend beaucoup de la façon dont les droits sont présentés, c'est-à-dire s'il s'agit ou non d'un droit économique ou d'un droit qui est véritablement relié à l'inviolabilité du droit à la vie, du droit à la sécurité de la personne. Le fait d'être sur une liste d'attente nuit-il à votre bien-être psychologique? Votre santé est-elle en danger? Une bonne partie de cette discussion tourne autour de l'argument suivant: prétendez-vous qu'il s'agit d'un droit économique parce que c'est une question d'argent, ou encore l'argent représente-t-il quelque chose qui est beaucoup plus fondamental et davantage protégé par la Charte?

Ma seconde observation est qu'il ne faut pas confondre les droits économiques et ce qu'il en coûte de protéger un droit garanti par la Charte. Ainsi, l'un des plus importants jugements rendus dans le cadre de la Charte canadienne des droits et libertés a affirmé que lors d'un procès pénal, l'accusé avait accès à l'intégralité du dossier de la preuve présentée par la Couronne. Il ne s'agit pas d'un droit économique, il s'agit d'un droit fondamental, d'un droit légal qui se trouve ainsi protégé. Mais les coûts qui découlent de la reconnaissance de ce droit sont, ont toujours été et demeurent colossaux. Cela, c'était ma deuxième observation.

Ma troisième observation concerne la relation entre le Parlement et les tribunaux. Je pense qu'il est important de bien se souvenir que le Parlement n'est pas étranger à la Charte et que ce sont les tribunaux qui font respecter la Charte. Cela, c'est une vision seulement de la relation entre les deux. Je pense qu'il y en a une autre tout aussi importante et c'est celle-ci: vous qui êtes parlementaires, vous êtes dans l'obligation d'examiner la teneur des droits conférés par la Charte de sorte que, lorsque le Parlement promulgue ou intervient au niveau de l'État, il le fait dans le respect des droits et obligations prévus par la Charte. En réalité, le Parlement devrait avoir pour rôle de faciliter l'exercice de ces droits et il ne devrait pas s'en remettre uniquement aux tribunaux pour en être les gardiens.

Le sénateur Graham: N'étant pas avocat, c'est avec une certaine inquiétude que je me lance dans cette discussion, monsieur le président. Mes questions seront donc très simples.

Ai-je raison de dire, madame Jackman, que dans votre conclusion vous affirmez que la Loi canadienne sur la santé est défendable?

Mme Jackman: Tout à fait.

Le sénateur Graham: D'accord. Merci.

Madame Martin, au début vous vous êtes dit surprise de constater que nous soyons aussi avancés dans notre étude sans avoir précisé cette question. Est-ce exact?

Dr. Martin: Well, this far along without raising constitutional issues, yes.

Senator Graham: That seemed to imply that the act could be challenged successfully, in your mind.

Dr. Martin: No, that was not where I was coming from at all. First of all, I was trying to make the discussion a little bit light-hearted, but as everyone knows who does constitutional law, if it is Canadian, you always start with a question: Is it federal or provincial? Now that we have the Charter, we say now: Is it constitutional? Therefore I do not necessarily think that the Canada Health Act is subject to challenge, if what you want is for me to cut to the chase.

Senator Graham: That is what I wanted, to cut right to the bone, and I am glad you said that it was a rather light-hearted observation. However, you did suggest that if there was a challenge, the first challenge would be against a provincial jurisdiction rather than the federal government; is that correct?

Dr. Martin: That is my prediction, because if I am trying to make Senator Kirby's case, if Senator Kirby hires me as a lawyer to make that case, I have to say to myself, "Whom would I sue, and what would I claim?" In answer to the question of "Whom would I sue?" question, I am not sure that the federal government under the Canada Health Act is a good prospect.

Senator Graham: Is that also because the provincial governments or jurisdictions are the prime deliverers of the system and that they have the ability to set standards?

Dr. Martin: That is exactly right. While I know that the Canada Health Act is not an agreement, per se, it is a very peculiar form of legislation. It is not the granting to a citizen of a right or a benefit, such as the Canada Pension Plan or Employment Insurance. The subject of the Canada Health Act is to set out terms and conditions. Yes, in law it is statute, but it is to set out the terms and conditions under which there will be a transfer payment between the federal government and the provincial legislatures. That is a very different kind of process. The social assistance programs have been subject to some kind of Charter challenge in the past, but I am just saying that I would not like to give you an opinion with the five days' notice I have had to appear before you. It is a difficult question.

Senator Beaudoin: I would like to go back to one point that you raised, the dialogue between the courts and Parliament. To me, it is fundamental, especially in a field like this one, health. I agree with many of those who said that the courts are very reluctant to enter the field of economy. It is not the role of the courts, of the law to say, "That system that you have in place is no good for this and that reason." They will never do that. However, they are accustomed to the definition of legal, individual rights. They are accustomed to making decisions on fundamental rights, freedom, et cetera, and they have done tremendous work in that area.

Mme Martin: Je suis surprise que vous soyez aussi avancés sans discuter des questions constitutionnelles, oui.

Le sénateur Graham: Vous semblez laisser entendre que la loi pourrait faire l'objet d'une contestation judiciaire qui serait confirmée.

Mme Martin: Non, ce n'est pas du tout ce que j'ai bien voulu dire. Tout d'abord, j'ai essayé d'alléger un peu la discussion, mais comme tous les constitutionnalistes canadiens le savent, la première question à poser est la suivante: s'agit-il d'un domaine fédéral ou provincial? Depuis l'avènement de la Charte, il faut maintenant se demander si la mesure est constitutionnelle. Si vous voulez que j'en arrive à l'essentiel, je ne pense pas forcément que la Loi canadienne sur la santé risque de faire l'objet d'une contestation judiciaire.

Le sénateur Graham: Oui, je voulais justement aller au coeur de la question et je suis content de savoir qu'il s'agissait d'une remarque faite un peu à la légère. Cependant, vous avez dit que la première contestation judiciaire, s'il y en avait une, viserait une province plutôt que le gouvernement fédéral, n'est-ce pas?

Mme Martin: C'est ce que je prédis, car si le sénateur Kirby m'embauche pour défendre sa cause, je dois me demander contre qui on va intenter des poursuites et pour quel motif. Je ne suis pas certaine qu'en vertu de la loi le gouvernement fédéral soit un candidat très prometteur.

Le sénateur Graham: Est-ce également parce que les gouvernements provinciaux ont la responsabilité principale d'assurer les soins de santé et parce qu'ils peuvent fixer des normes?

Mme Martin: Oui, précisément. Même si je sais que la Loi canadienne sur la santé n'est pas une entente en soi, il s'agit quand même d'une loi très particulière. Elle n'accorde ni droits ni avantages aux Canadiens, comme c'est le cas des lois sur le Régime des pensions du Canada ou sur l'assurance-emploi. La Loi canadienne sur la santé prévoit certaines conditions. Oui, il s'agit d'une loi, mais son objectif est de prévoir les conditions dans lesquelles il y aura des paiements de transferts entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il s'agit d'un processus très différent. Par le passé, les programmes d'aide sociale ont fait l'objet de contestations en vertu de la Charte. Je vous dis tout simplement qu'avec le préavis de cinq jours que j'ai eu, je n'aimerais pas me prononcer sur cette question, qui est très difficile.

Le sénateur Beaudoin: J'aimerais revenir à ce que vous disiez au sujet du dialogue entre les tribunaux et le Parlement. Je trouve qu'un tel dialogue est essentiel, surtout dans un domaine comme celui de la santé. Je suis d'accord avec la plupart de ceux qui ont dit que les tribunaux hésitent à se prononcer sur les questions économiques. Il n'incombe pas aux tribunaux de dire que tel ou tel régime n'est pas bon pour telle ou telle raison. Ils ne feront jamais cela. Cependant, ils ont l'habitude d'examiner les droits juridiques des particuliers. Ils ont l'habitude de prendre des décisions concernant les droits et libertés fondamentaux, et cetera, et ils ont fait un travail remarquable dans ce domaine.

However, I want to come back to the positive obligation. I do not know whether it is a theory, but I think there is such a thing as a positive obligation. The court will use it when they see clearly that the rights and freedoms of individuals are in danger; they will intervene. Therefore, I see in the future a great dialogue between the courts and the Parliament and the legislative assemblies of the provinces over health because it is so fundamental. I will not say that it is not a right. The right to health, in my opinion, may be implicit in the right to life. Nobody has raised that yet, but it is not impossible. Read section 7, "The right to life..." Of course, it needs a definition; it needs a study done on this, but the right to health is certainly, in my opinion, implicit in section 7.

However, the big debate that we have now, and you raised it right from the beginning, Mr. Chairman, is the public system versus the private system. This is a field that usually does not please the courts too much because if there is something that should be decided by the legislative branch of the state, it is our economic system, obviously. The courts are there to rule on our rights, freedom, fundamental rights, democratic rights, et cetera, and they are very good at that, but the system that we adopt in a country and in a great democracy is the affair of the legislative branch of the state. Therefore, while they may intervene, and they may perhaps say at the end, "The parallel system or the private system is not unconstitutional; it is a question of choice. You may have the two systems." The courts may come to that conclusion. However, to expect a decision of the courts on economic rights, I think, is not the right direction to go, because ultimately this will be left to the elected people in the country.

Nevertheless, if there is something that is really discretionary, and it is discriminatory, then they will intervene. I see that in the *Eldridge* case, they did intervene, and they imposed an obligation on the hospital because the hospital was performing governmental services, and the governments are bound by the Charter. They are bound by section 7; they are bound by section 15. They may escape an obligation if they are in a position to say, under section 1, that it is reasonable in a democratic society. The same debate will continue. I say that there is no doubt in the world that there will be a case that will be raised exactly on the question that is before us today.

The Chairman: Any comment? Professor Jackman? Professor Martin?

Ms Jackman: No.

Dr. Martin: No.

Senator Grafstein: I think it is important for all of us as senators to keep reminding ourselves about the function of Parliament and the role of the courts. It is almost a daily struggle now around every piece of legislation. We are hearing problems in each committee. If one is interested in following the debate this area, it is almost a daily struggle in time to do the proper research of the role of each of them.

But again, to try to give it an overview, I remember a huge debate when the Constitution was being developed as to whether

Cependant, je veux revenir à la question de l'obligation positive. Je ne sais pas s'il s'agit d'une théorie, mais je pense que l'obligation positive existe. Lorsque les tribunaux constatent que les droits et liberté des particuliers sont menacés, ils vont intervenir. Par conséquent, à l'avenir, je prévois un grand dialogue entre les tribunaux et le Parlement et les assemblées législatives des provinces au sujet de la santé, car la question est fondamentale. À mon avis, le droit à la santé est peut-être implicite dans le droit à la vie. Personne n'a soulevé cela jusqu'ici, mais ce n'est pas impossible. On lit bien à l'article 7: «Chacun a droit à la vie...» Bien sûr, il faudrait examiner cette question, mais à mon avis, le droit à la santé est implicite dans l'article 7.

Toutefois, le grand débat du moment, et vous l'avez soulevé au début, monsieur le président, porte sur le régime public par rapport au régime privé. En général, ce n'est pas une question qui enchante trop les tribunaux, car s'il y a un domaine qui doit relever du pouvoir législatif, c'est bien notre régime économique. Les tribunaux se prononcent sur nos droits et libertés fondamentaux et démocratiques, et cetera, et ils le font très bien, mais le régime économique mis en place dans un grand pays démocratique relève du pouvoir législatif. Les tribunaux peuvent peut-être déclarer que le régime privé n'est pas anticonstitutionnel, qu'il s'agit d'un choix, et que les deux régimes peuvent exister. Les tribunaux vont peut-être tirer cette conclusion. Mais je pense qu'il ne faut pas s'attendre à ce que les tribunaux se prononcent sur les droits économiques, car en fin de compte cette question sera décidée avec eux par les élus du pays.

Néanmoins, s'il y a vraiment une situation de discriminatoire, les tribunaux vont intervenir. C'est le cas dans l'affaire *Eldridge*. Les tribunaux sont intervenus pour imposer une obligation à l'hôpital, parce que l'hôpital offrait des services gouvernementaux et que les gouvernements sont liés par la Charte. Ils sont liés par l'article 7 et par l'article 15. Ils peuvent éviter une obligation s'ils peuvent invoquer l'article 1 et parler des limites raisonnables dans le cadre d'une société démocratique. Le même débat va se poursuivre. D'après moi, il ne fait aucun doute qu'il y aura une cause qui portera précisément sur la question dont nous discutons aujourd'hui.

Le président: Y a-t-il des commentaires? Madame Jackman? Madame Martin?

Mme Jackman: Non.

Mme Martin: Non.

Le sénateur Grafstein: Nous, sénateurs, ne devons pas perdre de vue le rôle du Parlement et celui des tribunaux. C'est une lutte de chaque instant chaque fois qu'un projet de loi est à l'étude. Nous entendons parler des problèmes de ce genre dans tous les comités. Si on veut suivre ce débat, il faut trouver le temps presque tous les jours de faire des recherches sur le rôle de ces deux instances.

Pour vous donner un peu de contexte, je me souviens de l'énorme débat, lors de l'élaboration de la Charte, sur la question

or not we should include the primary economic right, and that was property rights, and the answer to that was no.

Senator Morin: It was set aside.

Senator Grafstein: No, the answer was "no," and the reason for that is that it then raised the whole hierarchy of economic rights and responsibilities that we wanted to stay away from, for obvious reasons, and to leave Parliament free to deal with those issues. That is why it was excluded, and people sometimes forget that.

The other thing that I wanted to say, Chairman, is a comment, and that is that what I find very intellectually confusing — and I can say this because he is now a former judge — is the notion of former Chief Justice Lamer that there is a democratic dialogue between the courts and Parliament. He said that. By the way, Senator Nolin referred to that notion in his comments on the Judges Act and, quite frankly, I was not here for third reading and I did not get a chance to respond, but I will in time. However, to me, that is absolute nonsense. The democratic dialogue is between Parliament and its electors; not between the courts and Parliament. The democratic dialogue is between the electors and Parliament, and the intellectual debate is the reach of Parliament, of the supremacy of Parliament, and the role of the courts. It is not a democratic dialogue. I think that is a misnomer, and I say that in the knowledge that there is currently a very interesting book on the market called *The Charter Revolution and the Court Party*. However, I have been trying to find out historically how we have drifted away from the very narrow and perhaps some might say conservative view, although I do not agree that it is conservative. I think it was a very carefully crafted delineation in the Charter about what was, in effect, a right that should be protected and what, in fact, was to be left to the democratic dialogue between the taxpayer and Parliament.

Just a final comment to out witness Martha Jackman, when she talks about irrationality, yes, I agree with that. I am in violent agreement with irrational, unfair, miserable — of course. That is the democratic dialogue between the taxpayer, the voter and Parliament, to make Parliament be more rational. But to use that notion and move it over and to try to create economic rights that do not exist, to my mind is failing. We are undermining the notion of the supremacy of Parliament.

Senator Joyal: I am almost tempted to follow up with Senator Grafstein on the issue of dialogue raised by our colleague Senator Beaudoin.

Senator Grafstein: This is an internal debate that goes on. This is an internal Senate debate.

Senator Joyal: Yes, that is, more or less, our own debate, and I would like to register my greatest reserve to the use of that concept for others reasons complementary to the one that Senator Grafstein has mentioned, but we will have that opportunity.

I would like to come back on the very issue of the question asked by our colleague Senator Graham. If I had to sue, it would be a provincial government, for very obvious reasons: the services

de savoir s'il fallait oui ou non inclure le droit économique fondamental, c'est-à-dire le droit de propriété. On a décidé que la réponse était non.

Le sénateur Morin: La question a été réservée.

Le sénateur Grafstein: Non, la réponse a été «non», car si on l'avait incluse, on aurait soulevé toute la question des droits économiques qu'on voulait éviter, pour des raisons évidentes. On a préféré laisser au Parlement le soin de s'occuper de ces questions. Parfois on oublie pourquoi la question a été exclue.

Je voulais aussi faire une observation, monsieur le président. Je trouve très difficile à comprendre la notion de l'ancien juge en chef Lamer selon laquelle il existe un dialogue démocratique entre les tribunaux et le Parlement — et je peux dire cela parce que ce dernier est maintenant à la retraite. Il a dit cela. À propos, le sénateur Nolin l'a dit aussi dans ses remarques au sujet de la Loi sur les juges, et puisque je n'étais pas ici pour le débat en troisième lecture, je n'ai pas eu l'occasion de lui répondre. Je vais le faire un jour. Cependant, je trouve sa position tout à fait absurde. Les dialogues démocratiques se situent entre les électeurs et le Parlement et le débat intellectuel concerne la portée du Parlement, sa primauté, et le rôle des tribunaux. Il ne s'agit pas d'un dialogue démocratique. Le terme est mal choisi, et je dis cela même si je sais qu'il existe maintenant un livre très intéressant qui s'intitule *The Charter Revolution and The Court Party*. J'essaie de comprendre comment on s'est éloigné d'un point de vue très étroit, et certains diraient même conservateur, même si je ne suis pas d'accord sur ce point. Je pense que le libellé de la Charte a été formulé avec beaucoup de soin pour faire la distinction entre un droit qui doit être protégé et les questions qui doivent être réglées dans le cadre du dialogue démocratique qui existe entre le contribuable et le Parlement.

En dernier lieu, je tiens à dire à Mme Martha Jackman que je suis d'accord avec elle lorsqu'elle parle du caractère irrationnel qui existe. Il va sans dire que je m'oppose violemment à tout ce qui est irrationnel, injuste et malheureux. Il incombe au contribuable de rendre le Parlement plus rationnel lors du débat entre le Parlement et l'électeur, le contribuable. Cependant, il ne faut pas essayer de créer des droits économiques à partir de cette notion. Cela mine la suprématie du Parlement.

Le sénateur Joyal: Je suis presque tenté de discuter avec le sénateur Grafstein de la question du dialogue soulevée par le sénateur Beaudoin.

Le sénateur Grafstein: Il s'agit d'un débat interne et continu du Sénat.

Le sénateur Joyal: Oui, c'est plus ou moins notre propre débat, et je tiens à dire que j'ai beaucoup de réserves concernant l'utilisation de cette notion pour des raisons semblables à celles mentionnées par le sénateur Grafstein. Mais nous aurons l'occasion d'en discuter à un autre moment.

Je veux revenir à la question posée par le sénateur Graham. Si je devais intenter des poursuites, ce serait contre un gouvernement provincial pour des raisons très évidentes: ce sont les provinces

are delivered by the provinces. There is not a single federal hospital, so that is clear. But on the other hand —

Senator Grafstein: There are the veterans' hospitals that are federal institutions.

Senator Joyal: Yes, but they are transferred —

Senator Graham: They do not exist anymore.

Senator Joyal: They do not exist anymore.

Senator Grafstein: Hospitals that provide services, true.

Senator Joyal: Therefore, we are not the deliverer of services. I think we can agree on that.

The other thing is that I would certainly "mettre en cause" the federal government if I were questioning the fundamentals of the system because the federal government, as the Chairman has properly said, has, in fact, created the system, as you said, against the will of many provinces at the beginning, the proof being that not all the provinces joined at the same time.

However there is another element that I think is much more important in the overall understanding, and that is that not only is the system a public one, but we have socialized medicine in such a way that we have put each citizen on an equal footing, to the point where money is no more a factor, a determining factor, and you will remember all of the speeches that have been made about that. When you enter a hospital in Canada, we do not ask for your credit card; when you enter a hospital in the United States, they ask for your credit card. You all know that. We have heard it hundreds of times, and all kinds of other things in Canada.

The Chairman: Many of us have actually given those speeches.

Senator Joyal: Yes, yes, exactly. So when we are —

Senator Graham: We check your pulse before your credit card.

Senator Joyal: When we are defining the essentials of the system and the legal consequences for the very point that you have raised, that we do not want to create two set of citizens in relation to medical services, we do not want to have the big guy and the little guy, or the socially-assisted person versus the billionaire. They are all equal in terms of delivery of services. This has, to me, a very profound impact on the definition of the responsibility of the state and the expectation, not to put on it the rights definition, or the formal rights definition, but the expectation of the citizens in a country whereby, at the end of the line, a person has to have the capacity of recourse if his life is in danger. In other words, we have established a public system, we have occupied a whole field or so, and we have said "The money is no object." Therefore we have removed the money aspect of it, the notion of buying the services or the freedom of buying the services on the basis of being rich or poor. That is very essential to the whole discussion. But then we say to the person, "I am sorry if you have had to wait two years, and you cannot get your heart bypass surgery in time to save your life. We are sorry, we are not responsible, but we have decided to cut or not supply the hospital with the proper instruments and the proper people."

qui livre les services. Il est bien clair qu'il n'existe pas d'hôpitaux fédéraux. Mais d'un autre côté...

Le sénateur Grafstein: Il y a les hôpitaux pour anciens combattants qui sont des établissements fédéraux.

Le sénateur Joyal: Oui, mais ils sont transférés...

Le sénateur Graham: Ils n'existent plus.

Le sénateur Joyal: Ils n'existent plus.

Le sénateur Grafstein: Il est vrai qu'il n'y a plus d'hôpitaux qui offrent des services.

Le sénateur Joyal: Par conséquent le fédéral n'assure pas la prestation des services. Je pense qu'on peut s'entendre là-dessus.

Si je devais contester les principes de base du régime, je mettrais en cause certainement le gouvernement fédéral, car, comme le président l'a dit, c'est lui qui a créé le régime contre la volonté de bien des provinces au départ. La preuve c'est que toutes les provinces n'ont pas adhéré au régime au même moment.

Cependant, il y a un autre élément beaucoup plus important pour bien comprendre le problème et c'est le suivant. Le régime est non seulement public, il est tellement socialisé que tous les citoyens sont sur un pied d'égalité, et l'argent n'est plus un facteur déterminant. Vous vous souviendrez de tous les discours qu'on a prononcés à cet égard. Quand on va à l'hôpital au Canada, on n'a pas à présenter sa carte de crédit comme on fait aux États-Unis. Vous le savez tous. On l'a entendu dire des centaines de fois, et toutes sortes d'autres choses aussi.

Le président: Beaucoup d'entre nous ont même prononcé ces discours.

Le sénateur Joyal: Oui, oui tout à fait. Donc lorsque nous...

Le sénateur Graham: Au Canada, on prend le pouls avant de demander la carte de crédit.

Le sénateur Joyal: Un des aspects essentiels du régime, c'est qu'on ne veut pas créer deux catégories de citoyens par rapport aux services médicaux — les personnes importantes et les personnes moins importantes, ou les assistés sociaux et les milliardaires. Tous les citoyens sont égaux pour ce qui de la prestation des services. Selon moi, cela a une incidence très profonde sur la définition de la responsabilité de l'État et sur les attentes des citoyens. En fin de compte, il faut que le citoyen ait un recours si sa vie est en danger. Autrement dit, on a créé un régime public et nous avons dit que le prix est sans importance. Nous avons supprimé l'aspect pécuniaire, la notion qu'une personne achète des services selon ses moyens personnels. Il s'agit d'un élément essentiel dans toute la discussion. Cependant nous avons à nous excuser auprès du malade parce qu'il a dû attendre deux ans et ne pourra pas avoir son pontage à temps pour lui sauver la vie. Nous disons que nous regrettons mais que nous avons décidé de faire des coupures et de ne pas donner à l'hôpital l'équipement et les employés nécessaires.

This element, the “socialization” of the system has a very important bearing on the definition of economic rights, because the very nature of economic rights is that it is something you can buy. When you remove that notion of the system, you create a different context than what we have been appreciating before in relation to the other social rights.

Dr. Martin: My final comment there is that we have put together in our conversations, I think, issues that lawyers and courts would view separately, and that is the issue of whether, number one, it is a breach of some Charter right to create a system in which a private option of paying for services is more difficult or impossible to access, whichever way you want to talk about it. That, I think, is a harder case.

The second issue, though, is what do you do when budget cutbacks to the public side have so jeopardized the health care system that they may create waiting lists and limitations on the public services that are provided? Those, to me, are very separate issues. As a lawyer, I would approach them very differently and I would expect to have a better hearing on number two than I would on number one.

Ms Jackman: I will be very brief, but since you are all talking about this aspect, I will add my two bits. With respect to the critique of judicial review on Charter grounds as being anti-democratic or removing proper power from Parliament, I think it is very important not to conflate democracy with our current, executive-dominated form of Parliamentary democracy. Senator Joyal, you can talk about that a lot more than I can. In any event, such Charter scrutiny is surely relevant in a Parliamentary democracy where you have delegations, and sub-delegations, and sub-sub-delegations, with unaccountability for a huge amount of decision-making, and where when you arrive in court you hear, “Parliamentary supremacy, you cannot review the rationality and discriminatory nature of this decision-making.” Again, one of the advantages of Charter scrutiny in these areas of health and welfare, where you have so much delegated and unaccountable decision-making, is that once again it imposes some accountability and rigor on the decision-making.

It is regrettable that, in our parliamentary democracy, parliamentarians are not accountable and we are forced to have recourse to other mechanisms, but one of my problems with Martin and Connaught on this aspect is that we defend all of our decision-making under the mantle of democracy when a great deal of what rights do is enhance the democratic decision-making process, because if people are healthy and fed, and they are not homeless, they can participate in our democracy. If they are none of those things, they cannot.

The Chairman: I will give the last word to the one doctor in our midst, Senator Morin.

Senator Morin: I would just like to raise one point that Senator Joyal raised earlier. The state did not cover the whole field. This is precisely the point of the exercise that this committee has been

Cet aspect, c'est-à-dire la «socialisation» du système, influe beaucoup sur la définition des droits économiques, parce que ces derniers, de par leur nature, constituent une chose qu'on peut acheter. En éliminant ce concept du système, on crée un contexte qui est différent que celui ayant trait aux autres droits sociaux.

Mme Martin: Comme dernière observation, je dirai que nous avons, lors de nos débats, fusionné deux questions qui seraient perçues par les avocats et les tribunaux de façon distincte. Premièrement, en créant un système prévoyant la possibilité de payer soi-même les services qui sont plus difficiles ou bien impossible à obtenir, peu importe comment on décrit la situation, est-ce qu'on viole un des droits garantis par la Charte? À mon avis, c'est la question la plus difficile.

Deuxièmement, que fait-on lorsque les réductions budgétaires du secteur public ont tellement compromis le système de soins de santé qu'elles créent des listes d'attente et des contraintes pour les services publics fournis? À mon avis, il s'agit de deux questions très distinctes. En tant qu'avocate, j'adopterai une approche très différente pour aborder chaque question et je m'attendrai à de meilleurs résultats pour la deuxième question que pour la première.

Mme Jackman: Je vais parler très brièvement, mais étant donné que vous parlez tous de cette question, je vous ferai part de mon point de vue. Quant à cette critique voulant que le contrôle judiciaire en vertu de la Charte est antidémocratique ou sape la primauté du Parlement, je crois qu'il est très important de ne pas confondre la démocratie et notre genre de démocratie parlementaire actuelle, où l'exécutif domine. Sénateur Joyal, vous connaissez davantage que moi la question. De toute façon, un tel examen fondé sur la Charte dans une démocratie parlementaire où les pouvoirs sont liés à plusieurs niveaux sans rendre compte de nombreuses décisions, et où, au tribunal, on entend: «La primauté du Parlement, vous ne pouvez pas examiner la cohérence ou la nature discriminatoire de ce processus de décision». Encore une fois, dans un secteur comme la santé et l'aide sociale qui se caractérise par cette tendance à vouloir déléguer ce pouvoir décisionnel, sans rendre des comptes, l'un des avantages d'un examen fondé sur la Charte, c'est qu'il impose une certaine imputabilité et une vigueur dans le processus décisionnel.

Il est à regretter que, dans notre démocratie parlementaire, les parlementaires n'aient pas de comptes à rendre et que nous soyons obligés d'avoir recours aux autres mécanismes; cependant, mon point de vue est différent de celui proposé par Martin et Connaught sur ce point: nous défendons nos décisions sous le couvert de la démocratie lorsque les droits, en bonne partie, ont pour but d'améliorer le processus décisionnel démocratique, parce que si les citoyens sont en bonne santé et bien nourris, s'ils ont un toit sur la tête, ils peuvent participer à notre démocratie. S'ils n'ont pas ces choses-là, ils ne peuvent pas le faire.

Le président: Je vais donner le dernier mot au seul docteur qui se trouve parmi nous, le sénateur Morin.

Le sénateur Morin: J'aimerais simplement aborder un point soulevé par le sénateur Joyal plus tôt. L'État n'a pas assuré une protection complète. C'est précisément le but du travail

conducting here for the last two months. What I mean is that, for example, pharmaceuticals are not covered. Canadians are not equal. Some Canadians are deprived of life-saving drugs right now. What the state has done is it has covered only two fields which are not necessarily the most important. In other words, hospital care may be considered less important than drugs. I think that is an issue. There is discrimination there based on resources right now. The state has not covered the whole field as it has in other countries such as Sweden, for example.

The Chairman: May I thank both of you for coming. I realize, Professor Martin, that we took you about 30 minutes past when we said you could leave. I hope you have enjoyed it as much as we have.

Dr. Martin: I certainly have.

The Chairman: It is interesting for you to have a chance to talk to policy makers, some of whom are lawyers, some of whom are not, but it is a different perspective, certainly, I am sure you will agree.

Thank you, Professor Jackman, for taking the time to attend. We are very grateful.

The committee adjourned.

qu'effectue le comité depuis deux mois. Par exemple, les produits pharmaceutiques ne sont pas offerts. Les Canadiens ne sont pas tous égaux. À l'heure actuelle, certains Canadiens sont privés de médicaments d'importance vitale. L'État assure les services dans seulement deux secteurs, qui ne sont pas nécessairement les plus importants. En d'autres termes, les soins hospitaliers pourraient être considérés moins importants que les médicaments. À mon avis, c'est une question qu'il faut examiner. À l'heure actuelle, il y a de la discrimination en ce qui concerne les ressources. L'État n'a pas assuré une protection pleine comme d'autres pays, tel que la Suède.

Le président: Permettez-moi de vous remercier toutes les deux d'avoir comparu devant le comité. Je me rends compte, madame Martin, que nous avons dépassé l'heure de votre départ d'environ 30 minutes. J'espère que vous avez aimé cette séance autant que nous.

Mme Martin: Sans aucun doute.

Le président: Il est intéressant pour vous d'avoir l'occasion de parler aux responsables de l'élaboration des politiques. Certains parmi nous sont avocats, tandis que d'autres ne le sont pas, mais notre point de vue est certainement différent, vous en conviendrez certainement.

Merci, madame Jackman, d'avoir comparu. Nous vous sommes très reconnaissants.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From the University of Ottawa:

Ms Martha Jackman, Professor, Faculty of Law.

From the University of Calgary:

(By Video Conference)

Dr. Sheilah Martin, Professor, Faculty of Law.

De l'Université d'Ottawa:

Mme Martha Jackman, professeure, Faculté de droit.

De l'Université de Calgary:

(Par Vidéoconférence)

Mme Sheilah Martin, professeure, Faculté de droit.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 7, 2001

Le jeudi 7 juin 2001

Issue No. 19

Fascicule n° 19

Seventeenth and eighteenth meetings on:

Dix-septième et dix-huitième réunions concernant:

The state of the health care system in Canada

L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Morin
* Carstairs, P.C. (or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton (or Kinsella)
Cohen	Pépin
Graham, P.C.	Robertson
Losier-Cool	Roche
Milne	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Milne substituted for that of the Honourable Senator Cook (*June 7, 2001*).

The name of the Honourable Senator Losier-Cool substituted for that of the Honourable Senator Fairbairn (*June 7, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Morin
* Carstairs, c.p. (ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton (ou Kinsella)
Cohen	Pépin
Graham, c.p.	Robertson
Losier-Cool	Roche
Milne	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Milne est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 7 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Losier-Cool est substitué à celui de l'honorable sénateur Fairbairn (*le 7 juin 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 7, 2001

(20)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 9:07 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Losier-Cool, Morin and Pépin (7).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESS:

Swedish Parliament (Riksdag):

By video conference:

Lars Elinderson, Deputy member, Committee on Health and Welfare

The Chairman made a statement.

Mr. Elinderson made a statement and answered questions.

At 10:13 a.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

OTTAWA, Thursday, June 7, 2001

(21)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 705, Victoria Building, at 11:04 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Milne, Morin and Pépin (7).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

PROCÈS-VERBAUX

OTTAWA, le jeudi 7 juin 2001

(20)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 07, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby, (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Losier-Cool, Morin et Pépin (7).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOIN:

Parlement suédois (Riksdag):

Par vidéoconférence:

Lars Elinderson, membre suppléant, Comité sur la santé et le bien-être.

Le président fait une déclaration.

M. Elinderson fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 h 13, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

OTTAWA, le jeudi 7 juin 2001

(21)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 11 h 04, dans la pièce 705 de l'édifice Victoria, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Milne, Morin et Pépin (7).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

From Health Canada:

Nancy Garrard, Acting Director General, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch;

Tom Lips, Senior Policy Advisor for Mental Health, Population and Public Health Branch;

Carl Lakaski, Senior Analyst, Mental Health, Health Human Resources Strategies Division, Health Policy and Communications Branch.

From the Canadian Psychological Association:

Dr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, Chair.

From the Canadian Mental Health Association:

Bonnie Pape.

From the New Brunswick Department of Health and Wellness:

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services.

The Chairman made a statement.

Ms Garrard made a statement. Mr. Lips made a statement. The witnesses answered questions.

The Chairman made a statement.

Mr. Upshall made a statement. Ms Pape made a statement. Mr. Ross made a statement. Dr. Service made a statement. The witnesses answered questions.

At 1:22 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n^o 2 du comité.*)

TÉMOINS:

De Santé Canada:

Nancy Garrard, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique;

Tom Lips, conseiller principal en matière de politiques pour la santé mentale, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique;

Carl Lakaski, analyste principal, Santé mentale, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale:

Phil Upshall, président du conseil.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Bonnie Pape.

Du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick:

Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale.

Le président fait une déclaration.

Mme Garrard et M. Lips font une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le président fait une déclaration.

M. Upshall, Mme Pape, M. Ross et M. Service font une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 13 h 22, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 7, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:07 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, we are here to learn what we can about the Swedish health care system. Our witness this morning is Lars Elinderson, a member of the Committee on Health and Welfare of the Swedish Parliament.

Mr. Elinderson, as has been explained to you, we are really trying to look at what reforms, if any, should be taken with respect to the Canadian health care system. We are trying to understand how the models of health care delivery in some other jurisdictions are handled and how they are structured. We would like you to begin by making some comments on your system, and then my colleagues and I will be delighted to ask you some questions. Thank you for taking the time to be with us.

Mr. Lars Elinderson, Deputy Member, Committee on Health and Welfare, Swedish Parliament: Mr. Chairman, I should like to present myself. I have been a member of the Swedish Parliament since 1998. Before that, I was a county commissioner in the county of Skaraborg for 12 years and mayor of Falköping for seven years. In that respect, I have all the different levels of the health and medical system in Sweden in focus.

This Swedish system is a formally decentralized system, as you have written in one of your comments, but in real life it is not so. I should like to take a few minutes to explain the main elements of the Swedish model.

All health and medical care is under the same act, the Swedish Health and Medical Care Act. The law regulates that all health care and medical services should be available to everyone. It dictates that the counties are responsible for funding and providing health care and medical service — the whole scale from preventative action and primary health care to highly specialized care.

In that sense, the Swedish model is a highly decentralized system. However, at the same time, it is necessary to stress the fact that each county not only has the obligation to fund but also to provide health care and medical services. This means that we have 21 regional monopolies in the area of medical services and health. Virtually all health care and medical services are provided by government-operated units, primary care centres and hospitals.

The funding is normally based on a fixed budget system. All professionals, both in the hospitals and in the primary care centres, are paid by the county government on a fixed salary basis.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 7 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 07 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous sommes réunis ici pour apprendre ce que nous pourrions au sujet du système de soins de santé de la Suède. Nous avons pour témoin ce matin Lars Elinderson, membre du Comité de la santé et du bien-être du Parlement suédois.

Comme on vous l'a déjà expliqué, monsieur Elinderson, nous examinons quelles seraient éventuellement les réformes à apporter au système de soins de santé au Canada. Nous essayons également de comprendre le fonctionnement et la structure des modèles adoptés par d'autres pays. Nous aimerions que vous commenciez en nous disant quelques mots à propos de votre système, après quoi mes collègues et moi-même serons ravis de vous poser quelques questions. Je vous remercie d'avoir pris le temps de vous joindre à nous.

M. Lars Elinderson, membre suppléant, Comité de la santé et le bien-être, Parlement suédois: Monsieur le président, permettez-moi de commencer par me présenter. Je suis membre du Parlement suédois depuis 1998. Avant cela, j'avais été pendant 12 ans commissaire du comté de Skaraborg et pendant sept ans maire de Falköping. À cet égard donc, j'ai une bonne perspective de tous les éléments du système de santé publique en Suède.

Le système suédois est un système qui est officiellement décentralisé, comme vous l'avez écrit dans un de vos commentaires, mais en réalité il ne l'est pas. Je voudrais donc pendant quelques instants vous expliquer les éléments principaux du modèle suédois.

Tous les soins de santé et tous les actes médicaux relèvent de la même loi, la Loi sur la santé et les soins médicaux. La loi prescrit que tous les soins de santé et tous les services médicaux doivent être accessibles à tous. Elle prescrit également qu'il appartient au comté de financer et d'offrir les services médicaux et les soins de santé nécessaires, depuis les mesures de prévention et les soins primaires jusqu'aux soins les plus spécialisés.

À cet égard donc, le modèle suédois est extrêmement décentralisé. Toutefois, il faut souligner également le fait que chaque comté a l'obligation non seulement de financer, mais également d'offrir les soins de santé et les services médicaux nécessaires. Cela signifie que nous avons, dans le modèle des services médicaux et de la santé, 21 monopoles régionaux. Quasiment tous les soins de santé et autres services médicaux sont dispensés par des cliniques, des centres de soins primaires et des hôpitaux administrés par les pouvoirs publics.

Les financements sont généralement assurés par un système de budget fixe. Tous les professionnels de la santé qui travaillent dans les hôpitaux et dans les centres de soins primaires sont rémunérés par l'administration du comté et touchent un salaire fixe.

In most counties, the patients need referral from a GP to visit a hospital, except for emergencies, of course. The doctor is normally not able to refer a patient to hospitals outside a county. Most of the regulations in the specific counties follow national recommendations and agreements between individual counties on the one hand, and between the Federation of County Councils and the government on the other hand.

I think this will give you the main structure of the Swedish health system.

The Chairman: Thank you. Health care is very broadly defined in your case. It includes all drug care and physiotherapy and that kind of thing. It is an all-encompassing definition. Is that right?

Mr. Elinderson: That is right. The individual doctor makes the judgment of what different medical service or care is needed for the individual patient. All aspects are considered in his judgment.

The Chairman: Can you explain to us in some detail how your user fees work? As I understand it, for every procedure you pay some modest user fee. I would like to get some details on how that works for two specific areas. What do you do for low-income welfare patients? How do they pay the user fee? There has been an argument advanced by opponents of user fees in Canada, but the argument is also used elsewhere, that for low-income workers, people who are low-income but not on welfare, a user fee amounts to a deterrent such that they will not seek medical help when they actually need it. Can you comment on those sets of issues surrounding the user fee question?

Mr. Elinderson: First, I should like to stress the fact that we have a maximum annual fee for each individual. You are not obligated to pay all your visits if you are in need of regular visits to a doctor. Nine hundred crowns per year is the maximum fee for each individual. That would equal something like \$150 Canadian, I think. It is a reasonable maximum fee for a person with continuous need of medical care or assistance.

Children under the age of 18 pay no fee at all. This is decided by the individual local counties, so it can be different in some counties, but the majority of the counties have no fee at all for children under the age of 18.

The fees are somewhat higher in the hospitals. In the hospital, for an individual visit, it would equal about \$40 Canadian. In the primary health care centres, the fee would be, in most cases, \$20 Canadian. This is because the aim is to make the patient choose a less expensive and acceptable level of care in the individual situation.

People on social welfare can be paid for by the local government, which is the provider of the social welfare, for their medical needs.

Dans la plupart des comtés, c'est un médecin généraliste qui envoie un patient à l'hôpital, sauf bien sûr dans les cas d'urgence médicale. En temps normal, le médecin ne peut pas envoyer un malade dans un hôpital situé à l'extérieur de son comté. La plupart des règlements en vigueur dans chacun des comtés sont conformes aux recommandations et aux accords qui ont été signés sur le plan national entre chacun de ces comtés et la Fédération des conseils de comté et le gouvernement.

Je pense que cela vous donne une idée de la structure du système de santé suédois.

Le président: Je vous remercie. Dans votre cas, les soins de santé répondent à une définition assez large. Ils comprennent les soins pharmaceutiques, la physiothérapie, et les autres soins du même genre. C'est donc une définition tout à fait complète, n'est-ce pas?

M. Elinderson: Vous avez raison. C'est le médecin qui détermine le genre de soin ou de service médical dont son patient a besoin. Et en portant ce jugement, il prend en compte tous les éléments du dossier.

Le président: Pouvez-vous nous expliquer de façon plus détaillée le fonctionnement de votre système de frais modérateurs? Si j'ai bien compris, à chaque intervention, le patient paye des frais modérateurs modiques. J'aimerais savoir comment fonctionne ce système dans deux cas assez précis. Que se passe-t-il dans le cas des patients à faible revenu qui dépendent de l'assistance publique? Comment payent-ils les frais modérateurs? Les adversaires de ce système au Canada ont en fait un argument à l'appui de leur thèse, mais d'aucuns soutiennent également que, dans le cas des travailleurs à faible revenu, des gens qui ont un revenu mais qui ne dépendent pas de l'assistance publique, l'imposition de frais modérateurs est un élément dissuasif tel que ces gens préféreraient parfois ne pas se faire soigner alors qu'ils en auraient besoin. Pouvez-vous nous dire ce que vous pensez de ces questions concernant les frais modérateurs?

M. Elinderson: Tout d'abord, je dois souligner le fait que les frais modérateurs sont plafonnés annuellement pour chaque patient. Si un patient doit consulter régulièrement un médecin, il n'est pas obligé de payer toutes les visites. Le plafond annuel par patient est de 900 couronnes, ce qui représenterait environ 150 \$ canadien je pense. Il s'agit d'un maximum raisonnable pour quiconque doit régulièrement avoir recours aux services de santé.

Les enfants de moins de dix-huit ans ne payent rien. La situation varie parfois d'un comté à l'autre puisqu'il s'agit d'une décision qui appartient à chaque comté, mais la majorité des comtés exonèrent totalement les enfants de moins de dix-huit ans.

En cas de visite à l'hôpital, les frais sont légèrement plus élevés. Une visite à l'hôpital coûte environ 40 \$ canadien. Dans les centres de santé primaire, les frais modérateurs sont en général de 20 \$ canadien. Cela s'explique parce que nous avons voulu que le patient choisisse un niveau de soins moins coûteux compte tenu de son état de santé.

Dans le cas des assistés sociaux, c'est le gouvernement local qui administre l'assistance publique qui paye également les soins médicaux nécessaires.

The Chairman: Let me pursue your view that the user should have a market signal, in effect, that says to him, "If you have a choice, we want you to choose one that is the cheaper of the options." Does that sometimes lead them to make a choice that is not medically good? In an attempt to save money, do they deny themselves service that they really ought to have at the more expensive level?

Mr. Elinderson: I do not think so. I think the overall tradition in Sweden, when you get sick, is to go to the hospital. We do not have a strong tradition of using your GP when you get ill. You turn to the hospital. The idea of this different fees is that you should make a judgment as to whether you need a hospital or if you can seek the service or the care at the local health centre instead. If you really need the specialized treatment or specialized care, you will choose to go to the hospital.

Senator Callbeck: I have a few questions on the funding. The national government gives the money to the councils. How is it determined how much money they will give them? Is it solely based on the number of people who live in that area, or are there other factors involved?

Mr. Elinderson: Approximately 60 per cent of the funding is by local taxes, or, rather, by county taxes. A proportional income tax, about 10 per cent of the income, is funding for medical care and medical services. The other 40 per cent is provided by the national government, and that includes the medicine and pharmacy part of it. I think that the pharmaceutical costs are about half, or about 20 per cent of the total cost of the health system. The larger portion of the funding is county proportional income tax.

Senator Callbeck: Of that 40 per cent that comes from the national government, how do they determine how much goes to each county?

Mr. Elinderson: Most of the money is distributed by way of demography and the numbers of people living in the county. It is a rather rough way of distributing the money. However, some portions of the national money are specifically delivered in relation to certain objects, following agreements between the Federation of County Councils and the government, to develop systems such as child care or things like that. They have agreements, and the money follows the agreements. The largest portion of the national money is distributed by way of demographics and the numbers of people living in the area.

Senator Callbeck: Is that attached to the GDP? How does the national government decide whether they will increase that? Is it tied to anything?

Mr. Elinderson: No, not really. It is a matter of political debate. There is always a lack of money for the health sector, so the government tries to negotiate a certain figure. For example, this spring there was a negotiation process between the county councils and the government for special arrangements to shorten the waiting lists, so they paid a sum of money to the county

Le président: Vous nous dites en somme que le marché transmet à l'utilisateur un signal qui signifie: «Si vous avez le choix, nous voulons que vous choisissiez la formule la moins chère.» Est-ce que cela n'amène pas parfois les gens à faire un choix mal avisé du point de vue médical? Par souci d'économie, ne se privent-ils pas finalement d'un service plus coûteux mais dont ils ont vraiment besoin?

M. Elinderson: Je ne le pense pas. Je dirais qu'en Suède, on a coutume d'aller à l'hôpital lorsqu'on est malade. Il n'est pas fréquent que quelqu'un qui est malade aille consulter son généraliste. Il va plutôt à l'hôpital. L'idée est ici que c'est à vous à déterminer si vous devez vous rendre à l'hôpital ou si vous pouvez vous contenter de vous faire soigner au centre de santé local. Mais si un patient a besoin d'un traitement ou de soins spécialisés, il choisira l'hôpital.

Le sénateur Callbeck: J'aurais quelques questions au sujet de la formule de financement. C'est le gouvernement national qui donne de l'argent aux conseils. Quelle est la formule qui est utilisée pour calculer ce financement? Est-ce uniquement en fonction du nombre d'habitants ou y a-t-il d'autres facteurs?

M. Elinderson: Environ 60 p. 100 du financement est assuré par les taxes locales, ou plutôt celles qui sont perçues au niveau du comté. Un impôt sur le revenu proportionnel qui représente environ 10 p. 100 du revenu individuel sert à financer les soins médicaux et les services médicaux. Les 40 p. 100 restants sont fournis par le gouvernement national, ce qui inclut d'ailleurs le volet médicament et soins pharmaceutiques. Je pense que les coûts pharmaceutiques représentent à peu près la moitié, 20 p. 100 environ, du coût total du système de santé pour le gouvernement national. Mais l'essentiel du financement est assuré par l'impôt sur le revenu proportionnel au niveau du comté.

Le sénateur Callbeck: Sur les 40 p. 100 qui proviennent du gouvernement central, comment se fait la répartition entre tous les comtés?

M. Elinderson: C'est une formule de calcul basée sur le nombre d'habitants de chaque comté. C'est une façon assez approximative de distribuer les fonds, mais certains pourcentages du financement national sont expressément destinés à certains éléments du système selon les ententes signées entre la Fédération des conseils de comté et le gouvernement, par exemple pour la mise en place d'un système de soins pédiatriques. Les deux paliers du gouvernement signent des ententes et les financements sont conformes à ces ententes. L'essentiel du financement provenant du palier national est toutefois réparti en fonction du nombre d'habitants de chaque comté.

Le sénateur Callbeck: Le financement est-il une fonction du PIB? Comment le gouvernement central décide-t-il d'augmenter sa part? Y a-t-il un déclencheur quelconque?

M. Elinderson: Non, pas vraiment, c'est une question de débat politique. Le secteur de la santé est toujours en déficit, mais le gouvernement essaie donc de négocier un chiffre ou un autre. Au printemps par exemple, les conseils de comtés et le gouvernement ont négocié des arrangements spéciaux destinés à raccourcir les listes d'attente, de sorte que le gouvernement a fini par accepter

councils for different actions to shorten the waiting lists. The largest portion is distributed by way of demographics.

Senator Callbeck: With respect to the 40 per cent contributed by the national government, do they follow up on that to see how it is spent, or do they just hand over the money and that is it?

Mr. Elinderson: Not really. The political responsibility is on the counties. The counties are elected every four years, for the same period as the government. Normally, the political majority in the majority of the counties is the same as in the national government. There is discussion between the different levels, but the responsibility is on the county level.

Senator Callbeck: Thank you.

Senator LeBreton: I have a question about private health insurance. I understand that you also have private health care insurance. I am wondering how it is utilized and how it integrates with the public health care system?

Mr. Elinderson: We have a very short tradition of private insurance in the health system because the public health system is supposed to cover everything for all individuals. Because of difficulties with accessibility, waiting lists and things like that, some people — I think about 120.000 people in Sweden now — have bought private insurance to have quick access to hospitals when they need it. Most of that insurance is paid for by their companies or their employers. The growing rate of the number of insured, or people on private health insurance, is some 80 per cent or something like that now. It is growing very fast due to the normal waiting lists and the problems within the system today.

Senator LeBreton: How is that impacting on the general public that relies on the public health system in terms of waiting lists?

Mr. Elinderson: This will create criticism towards the system. This is already creating criticism towards the system. Because we have a tradition of being treated equally, it is not accepted by all people that you can buy yourself ahead of the queue, so to speak.

Senator LeBreton: An article in one of our national papers early in May dealt with the Stockholm regional health board. It talked about the long waiting lists. I guess it is only in Stockholm, according to this article, but they decided to experiment with public funding for private services in the early 1990s. The largest health council in the most socialist of Western European nation, according to the newspaper, began contracting out. They claim in this article that the costs for lab and x-ray services fell by nearly 50 per cent. Is this just happening in Stockholm? Are people watching this? Will it seriously impact on the universality of the health care system for Swedish citizens?

de donner de l'argent aux conseils de comtés afin qu'ils puissent tenter une série d'interventions destinées à raccourcir ces listes. Mais pour l'essentiel, les financements sont accordés en fonction du nombre d'habitants.

Le sénateur Callbeck: S'agissant des 40 p. 100 qui proviennent du gouvernement central, celui-ci effectue-t-il un contrôle pour voir comment cet argent est dépensé ou se contente-t-il de faire le versement?

M. Elinderson: Il n'y a pas vraiment de contrôle car, au niveau politique, ce sont les comtés qui sont responsables. Les élections y ont lieu tous les quatre ans, comme dans le cas du gouvernement central. En règle générale, dans la plupart des comtés, la majorité politique est la même qu'au gouvernement central, les paliers discutent entre eux mais c'est le comté qui a la responsabilité politique.

Le sénateur Callbeck: Je vous remercie.

Le sénateur LeBreton: J'aurais une question à vous poser au sujet de l'assurance privée. Si j'ai bien compris, il existe également en Suède des assurances médicales privées et je me demande à elles servent et de quelle façon elles s'intègrent dans le système de santé public.

M. Elinderson: Il existe effectivement des assurances médicales privées mais à toute petite échelle, étant donné que le système public est censé assurer tout pour tout le monde. Toutefois, en raison de problèmes d'accessibilité, en raison des listes d'attente et ainsi de suite, il y a des gens — je pense qu'il y en a actuellement environ 120 000 — qui souscrivent une police d'assurance privée pour pouvoir être rapidement admis dans un hôpital en cas d'urgence. La plupart de ces primes d'assurances sont d'ailleurs payées par les employeurs. Le taux de croissance du nombre de ces assurés privés est de l'ordre de 80 p. 100 environ, et ce taux augmente très rapidement en raison précisément du problème des listes d'attente et des autres problèmes propres au système public.

Le sénateur LeBreton: Quelles en sont les conséquences pour le grand public qui a recours au système public, et j'entends par là les listes d'attente?

M. Elinderson: Bien sûr, cela suscite des critiques à l'endroit du système. C'est déjà le cas. En effet, comme en Suède les gens ont l'habitude d'être tous traités de la même façon, ce n'est pas tout le monde qui accepte qu'on puisse payer pour ne pas faire la queue en quelque sorte.

Le sénateur LeBreton: Un article qui a été publié au début du mois de mai dans l'un de vos grands journaux était consacré au conseil régional des services de santé de Stockholm et on y parlait des longues listes d'attente. J'imagine que ce n'est le cas qu'à Stockholm, à en croire cet article, mais quoi qu'il en soit le conseil a pris la décision de tenter de faire financer des services privés par des fonds publics au début des années 90. Le plus important conseil des services de santé de la nation la plus socialiste de toute l'Europe occidentale a donc commencé, toujours à en croire ce journal, à faire de la sous-traitance. L'article en question ajoutait qu'en conséquence, les frais des services de laboratoire et de radiographie ont chuté de près de 50 p. 100. Est-ce le cas uniquement à Stockholm? Est-ce que les

The article mentioned St. George's Hospital in Stockholm now being run by a private company, and that they have reduced costs by 30 per cent. Is this happening all over Sweden? How is this infusion of the private system impacting on the public system? There are some similarities to what is happening here in Canada.

Mr. Elinderson: The political majority in most counties are socialists or left wing today. They are not in favour of the changes taking place in Stockholm, for example. Two major regions are trying to develop the health system by contracting private companies and private health providers. This is the main debate today. I think the effect in the rest of the country would be similar to what happened in Stockholm: We would be more productive within our system if we contracted privately to other providers.

You have to consider that all the hospitals except two in Sweden are actually operated by the county governments. This has created a lack of productivity within the system.

Senator LeBreton: You talked about the 21 regional monopolies, and Senator Callbeck asked about the 40 per cent funding by the federal government. How do you maintain standards? Are there different standards from one county to another? How do you ensure that there is the same kind of universality of standards across the 21 counties?

Mr. Elinderson: The difference in standards is not very big between the different counties because they all try to make a formula or standardize the systems between themselves. There are agreements between the individual counties and between the Federation of County Councils and the government.

Senator LeBreton: Thank you very much.

The Chairman: I would ask you to go back to the question Senator LeBreton asked you. You said that all but two of the hospitals in Sweden are owned by the county councils, and that they are, in that sense, not terribly efficient. Why are the ones not owned by the county councils more efficient? What is it that makes them that way? Is it the management style? Is there competition between the hospitals? What is generating the increased efficiency?

Mr. Elinderson: We have a long tradition in Sweden of publicly run or operated facilities. Also, boards are populated by politicians, not professional doctors or lawyers and other people who normally staff boards. I think that this has created a culture that is not very moderating for raising the productivity. That is the first point.

Second, the individual hospitals are not paid for performance. They have a fixed-budget system. All the staff, the medical professionals, are paid within the fixed salary system. This would not give any incentive for high productivity. These are two of the explanations.

gens s'intéressent à ce genre de choses? Y aura-t-il des conséquences graves pour l'universalité du système de santé suédois?

L'article disait qu'actuellement, l'hôpital St-George de Stockholm était administré par une compagnie privée et que celle-ci avait réussi à réduire ses frais de 30 p. 100. Est-ce là un phénomène qu'on constate partout en Suède? En quoi cette pénétration du système privé vient-elle influencer le système public? Il y a certaines similitudes entre le cas de la Suède et ce qu'on constate ici au Canada.

M. Elinderson: Dans la plupart des comtés, la majorité politique est socialiste ou de gauche. Ces partis ne voient pas d'un bon oeil ce qui se passe à Stockholm par exemple. Deux grandes régions tentent actuellement de développer leur système de santé en engageant des fournisseurs et des compagnies privés. C'est le grand débat du jour. Je pense que dans le reste du pays, les faits seraient les mêmes qu'à Stockholm: notre système serait plus productif si nous passions par des fournisseurs du secteur privé.

Il faut se rappeler que tous les hôpitaux sauf deux en Suède sont actuellement gérés par les gouvernements des comtés. En conséquence, on constate un manque de productivité dans le système.

Le sénateur LeBreton: Vous avez parlé de 21 monopoles régionaux et le sénateur Callbeck vous a posé des questions sur le financement à 40 p. 100 fourni par le gouvernement fédéral. Comment respectez-vous les normes? Y a-t-il d'énormes différences d'un comté à l'autre? Comment veillez-vous à l'application universelle des normes dans les 21 comtés?

M. Elinderson: Il n'y a pas de grande différence de normes entre les divers comtés parce qu'ils essaient tous de s'entendre suivant une formule, c'est-à-dire une standardisation des systèmes. Il y a des ententes d'un comté à l'autre entre le gouvernement et la Fédération des conseils de comtés.

Le sénateur LeBreton: Merci beaucoup.

Le président: Je voudrais revenir sur la question que vous a posée le sénateur LeBreton. Vous avez dit que tous les hôpitaux sauf deux en Suède étaient la propriété des conseils de comtés et par conséquent, ils n'étaient pas extrêmement efficaces. Pourquoi les hôpitaux dont les conseils de comtés ne sont pas propriétaires sont-ils plus efficaces? Qu'est-ce qui fait qu'ils le sont? Est-ce dû au type de gestion? Y a-t-il concurrence entre les hôpitaux? À quoi attribue-t-on cette plus grande efficacité?

M. Elinderson: La gestion publique des installations hospitalières en Suède remonte à il y a longtemps. En outre, les conseils d'administration sont constitués de politiques et non de médecins ou d'avocats ou de professionnels de la santé. Je pense que cela a créé un climat qui n'est pas très propice à une augmentation de la productivité. C'est la première chose.

Deuxièmement, les hôpitaux ne sont pas financés suivant le rendement car leur budget est fixe. Tout le personnel, les professionnels de la santé, reçoivent un salaire fixe. Cela n'incite pas à une forte productivité. Je vous ai donné deux des explications possibles.

The Chairman: In the ones managed by the private sector, are the doctors not on salary? Are they paid a fee for service or something like that?

Mr. Elinderson: They have more incentives like salaries and things like that. Not totally, but more. They have smaller organizations. The counties are really huge organizations. For example, in this region where I live, there are 45,000 employees within the health system. It is very hard to manage a big organization like that. The privately-run hospitals are relatively small organizations, and they can be more cost efficient.

The Chairman: Do you think that if you went to privately run, very large general hospitals, you would not get the same efficiencies?

Mr. Elinderson: I think so. We would have an incredible rise in efficiency and productivity if we split the county organization into separate parts.

The Chairman: Thank you.

Senator Morin: I should like to carry on with this private care issue. I also read recently that the proportion of health care costs in Sweden that comes from private sources is increasing. It is now 16 per cent, and the percentage is increasing every year. Would you care to comment on that?

Mr. Elinderson: Ten per cent out of the 16 per cent includes the fee the patients pay for the public sector. About 6 per cent of the total health sector is actually operated by private doctors and private hospitals, or private physiotherapists and things like that, and most of that is also funded by public money. The rate is less than 6 per cent, I would say.

Senator Morin: Coming back to total health costs, what proportion of GDP does Sweden put to health costs, and has there been an increase? We have figures, but they stop at 1999 and 1998. Here in North America, there has been a major increase in health costs over the last two or three years. Have you had the same phenomenon in Sweden?

Mr. Elinderson: Not really. We have had, in the last five to ten years, a drop out from the public sector. Many doctors and nurses leave the system and try to work in vacancies. They go to Norway for shorter or longer periods; they work in the pharmaceutical industry; they go to Saudi Arabia. A rather large proportion of the publicly employed doctors, nurses, physiotherapists and so forth have left the system in the last five, six or ten years because of the budget reductions and because of the bureaucracy and the problems within the public sector. I do not think we have had an increase in the number of doctors working within the system. Rather, I think we probably have a decrease in the number of doctors working within the system.

Senator Morin: How did Sweden succeed in keeping the costs down? Most other countries' costs are increasing. Is that because

Le président: Dans ceux qui sont gérés par le secteur privé, les médecins ne sont-ils pas salariés? Sont-ils payés à l'acte?

M. Elinderson: Les incitatifs sont plus nombreux, les salaires, notamment, et d'autres facteurs. Les organisations sont plus petites. Les comtés sont de vastes organisations. Par exemple, dans la région où je vis, il y a 45 000 employés travaillant au sein du système de santé. Il est difficile de gérer une grosse organisation comme celle-là. Les hôpitaux privés sont des organisations relativement petites et elles peuvent être plus rentables.

Le président: Pensez-vous que si vous privatisiez les très gros hôpitaux généraux, vous obtiendriez les mêmes avantages?

M. Elinderson: Je pense que oui. L'efficacité et la productivité grimperaient en flèche si les organisations de comtés étaient partagées en deux.

Le président: Merci.

Le sénateur Morin: Je voudrais poursuivre sur le sujet des soins privés. J'ai lu récemment que la proportion des coûts privés en matière de santé en Suède augmentait. Ces coûts représentent désormais 16 p. 100 et leur pourcentage augmente d'année en année. Qu'avez-vous à nous dire là-dessus?

M. Elinderson: Dix pour cent de ces 16 p. 100 représente les honoraires que les patients versent au secteur public. Environ 6 p. 100 de tous les coûts en matière de santé représentent ce que coûtent les médecins et hôpitaux privés ou encore des physiothérapeutes privés ou des services de ce genre, et l'essentiel de ces coûts est financé par des deniers publics. Je dirais que ce pourcentage est même inférieur à 6 p. 100.

Le sénateur Morin: Pour revenir à la totalité des coûts en matière de santé, pouvez-vous nous dire à quel pourcentage du PIB de la Suède ils correspondent et quelle augmentation éventuelle ils ont subie? Nous avons des chiffres jusqu'aux années 1999 et 1998. Ici en Amérique du Nord, on a constaté depuis deux ou trois ans, une augmentation considérable des coûts en matière de santé. Le même phénomène s'est-il produit en Suède?

M. Elinderson: Pas vraiment. Depuis cinq ou 10 ans, nous avons constaté des démissions dans le secteur public. Nombre de médecins et d'infirmières quittent le système et essaient de travailler ailleurs. Ils vont en Norvège pour des périodes plus ou moins longues. Ils travaillent dans l'industrie pharmaceutique ou ils vont en Arabie Saoudite. Depuis une dizaine d'années, on a constaté qu'une grande partie des médecins, infirmières, physiothérapeutes et autres professionnels de la santé avaient quitté le système public en raison des réductions budgétaires, des exigences bureaucratiques et des problèmes qui sévissent dans le secteur public. Je ne pense pas qu'il y ait eu augmentation du nombre de médecins travaillant dans le système. Au contraire, le nombre des médecins a diminué.

Le sénateur Morin: Comment la Suède a-t-elle réussi à éviter les hausses des coûts? La plupart des pays ont connu une

the number of doctors has been decreasing? Is that why the costs are less?

Mr. Elinderson: Most counties work within a fixed budget system. It is only a matter of political decision. You decide to reduce the budget, and the hospitals and the counties have to deal with that. They will have to slim the organization. The major explanation is that the counties and the government reduce the funding.

Senator Morin: Are the health care services affected?

Mr. Elinderson: Yes. We have had longer waiting lists and other problems such as vacancies.

Senator Morin: There has been a program of internal competition which is called, I think, the "purchaser-provider split." How effective has that been?

Mr. Elinderson: It is not a model that actually looks the same everywhere they have tried it. The idea was to separate the funding and leave the fixed budget system to a more market economy type of system where at least parts of the funding could be distributed through a fee-for-service system. In some respects, during a short period, it led to a rise in productivity in some parts of the country, but I do not think it made a big difference.

Senator Morin: Thank you very much.

Senator Pépin: You mentioned that you do not pay for health care for children. Until what age does that apply? Does that also include eye care and dental care?

Mr. Elinderson: Dental care is included, but it is not in the health care system. Another act regulates that, but we have the same system for dental care. Dental care is provided free for children up to the age of 18. Medical care and health care are also provided for free up to the age of 18.

Senator Pépin: You said that the number of doctors is decreasing. They are publicly paid. How are the salaries of doctors negotiated? Are doctors satisfied or happy with their remuneration? That could be one of the reasons why the number of doctors is decreasing.

Mr. Elinderson: The number of doctors within the system is decreasing. I think we have an increasing number of doctors in total, but a growing number most of them do choose not to have positions within the public health system. They take vacancies instead. When the hospitals cannot fill their positions, they try to hire in for shorter periods. There are many doctors who go around the country and are paid for shorter periods. They work for two or three months in each hospital. In that way, the hospitals have to follow the market. They need to pay people to have them come and work with them. It is a way for doctors to get paid better.

The salaries are negotiated on the national level between the Federation of County Councils and the doctors' association through normal salary negotiations between the parties. Most

augmentation de coûts. Est-ce à cause de la diminution du nombre de médecins? Est-ce que cela explique que les coûts soient moins élevés?

M. Elinderson: La plupart des comtés ont un budget fixe. Cela est attribuable uniquement à une décision politique. On décide de réduire le budget et les hôpitaux et les comtés doivent s'en arranger. Il y a donc réduction au sein de l'organisation. L'explication essentielle est que les comtés et le gouvernement ont réduit le financement.

Le sénateur Morin: Est-ce que les services de santé en souffrent?

M. Elinderson: Oui. Les listes d'attente sont plus longues et nous n'arrivons pas à combler les postes vacants.

Le sénateur Morin: Il y a eu un programme de concurrence interne qui est intitulé, si je ne m'abuse, le «partage fournisseur acheteur». Quel en a été le résultat?

M. Elinderson: Ce modèle n'a pas donné la même configuration dans tous les endroits où il a été mis à l'essai. L'idée était de partager le financement et de faire en sorte que le budget fixe soit davantage orienté vers une économie de marché, dans laquelle au moins une part du financement serait attribuée à un régime de ticket modérateur. À certains égards, pendant une courte période de temps, on a constaté une augmentation de la productivité dans certaines régions mais dans l'ensemble je ne pense pas que cela ait fait une grande différence.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit que vous ne payez pas les soins de santé prodigués aux enfants. Quel est l'âge limite? Est-ce que cela touche les soins pour les yeux et pour les dents?

M. Elinderson: Les soins dentaires sont inclus mais ils ne font pas partie de notre système de soins de santé. C'est une autre loi qui les régit et un système identique s'applique aux soins dentaires. Les soins dentaires sont gratuits pour tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. Les soins de santé sont également gratuits pour tous les enfants jusqu'à 18 ans.

Le sénateur Pépin: Vous avez dit que le nombre de médecins était en diminution. Ils sont salariés. Ces salaires sont-ils négociés? Les médecins sont-ils contents de la rémunération qu'ils touchent? Cela pourrait expliquer en partie la diminution du nombre de médecins.

M. Elinderson: Le nombre de médecins diminue. Au total, nous pouvons compter sur un plus grand nombre de médecins, mais un nombre grandissant d'entre eux préfèrent ne pas avoir de poste dans le système de santé publique. Quand ils quittent leur poste, et que l'hôpital ne peut pas les combler, il embauche pour une plus courte période. Il y a un grand nombre de médecins qui se déplacent dans le pays et sont payés pour de courtes périodes. Ils travaillent deux ou trois mois dans chaque hôpital. À cet égard, les hôpitaux sont tributaires du marché pour les salaires. Il faut payer les gens pour les convaincre de travailler dans un hôpital. C'est comme ça que les médecins se font payer.

Les salaires sont négociés à l'échelle nationale entre la Fédération des conseils de comté et l'Association des médecins grâce à des négociations normales de rémunération entre parties.

counties follow that agreement. The same goes for the rest of the health sector such nurses' salaries, physiotherapists' salaries and others. We have a very flat salary structure in Sweden. Few countries have lower levels of salaries for doctors than we have in Sweden. It is very popular for Swedish doctors to go abroad for longer or shorter periods to work.

Senator Pépin: We have seen that in some provinces. We are beginning to have a similar problem.

Are the doctors involved in decisions regarding the health care system? Can they be part of the decision-making procedure? If the government wants to make a decision regarding a special treatment or regarding a budget, are the doctors involved somewhere in the system? Do they have an impact?

Mr. Elinderson: Not formally, of course. It is a matter of political decision. However, in reality, the doctors have a great impact. They are representatives, more or less, for the sector towards the politicians. You have a word for it in English. They have the general opinion on their side, and they can use —

Senator Pépin: Public opinion.

Mr. Elinderson: They are pressure groups on the political system. However, formally, it is a matter of political decision.

Senator Pépin: Do you have similar difficulties with nurses? How are the nurses organized or paid? Is it a similar system, and are they happy with their work?

Mr. Elinderson: It is quite similar. We have a national negotiating process for salaries and other parts of the job. Of course, the nurses as a group are not as strong as the doctors. If I said that doctors are not well paid in Sweden compared to other countries, that would go for nurses as well.

Senator Pépin: Thank you very much.

Senator Graham: I want to go back to your response to a question asked by Senator Callbeck with respect to the formula for paying health care insurance in Sweden. You talked about percentages. I just want to review those so we have them clearly. You said 60 per cent is funded by local taxes and 40 per cent by the national government, which is 100 per cent. Then you said there was 10 per cent paid by medical care. That is 110 per cent. I am more interested in the accuracy of the percentages paid by the national government and the local councils.

Mr. Elinderson: To be accurate, the public funding of the health system is 40 per cent and the national government is 60 per cent, county taxes, but 10 per cent of the total costs are private fees. I think that private fees to the health sector totally is 10 per cent, but if you look at hospital care in particular, it would be 5 or 6 per cent; health care outside of hospitals would be 14 or 15 per cent, or something like that.

La plupart des comtés respectent l'accord négocié. Cela s'applique également aux autres professionnels de la santé comme les infirmières, les physiothérapeutes, etc. Le barème salarial est très peu mobile en Suède. Peu de pays paient leurs médecins moins qu'en Suède. Il est très courant que des médecins suédois aillent à l'étranger pendant de plus ou moins longues périodes pour y travailler.

Le sénateur Pépin: Nous avons connu cela dans certaines provinces. Nous commençons à éprouver un problème semblable.

Les médecins participent-ils à la prise de décisions concernant le régime de soins de santé? Peuvent-ils intervenir dans la procédure de prise de décisions? Si le gouvernement veut prendre une décision concernant un traitement spécial, ou encore une décision budgétaire, les médecins interviennent-ils? Leur participation a-t-elle une incidence?

M. Elinderson: Officiellement, non, bien entendu. Les décisions sont politiques. Toutefois, en réalité, les médecins ont une grande incidence sur la décision. Ce sont eux qui représentent, plus ou moins, le secteur de la santé auprès des politiques. L'opinion générale leur est acquise et ils peuvent utiliser...

Le sénateur Pépin: L'opinion publique.

M. Elinderson: Ils constituent des groupes de pression dans le système politique. Toutefois, officiellement, cela demeure une décision politique.

Le sénateur Pépin: Éprouvez-vous les mêmes difficultés dans le cas des infirmières? Comment les infirmières sont-elles syndiquées ou rémunérées? Est-ce un régime semblable et sont-elles contentes de leur travail?

M. Elinderson: C'est assez semblable. Il existe un processus de négociations national pour les salaires et les conditions de travail. Évidemment, le groupe des infirmières n'est pas aussi puissant que celui des médecins. Je vous ai dit que les médecins suédois étaient moins bien payés que leurs confrères étrangers et cela est vrai également pour les infirmières.

Le sénateur Pépin: Merci beaucoup.

Le sénateur Graham: Je voudrais revenir sur une réponse que vous avez donnée à une question du sénateur Callbeck concernant la formule de versement des primes d'assurance-santé en Suède. Vous avez cité des pourcentages. Je voudrais m'assurer que j'ai bien compris. Vous avez dit que 60 p. 100 du financement étaient tirés des impôts locaux et que 40 p. 100 étaient versés par le gouvernement national, ce qui fait 100 p. 100. Vous avez ajouté que 10 p. 100 représentaient les honoraires des médecins. Cela fait 110 p. 100. Je m'intéresse avant tout à la justesse des pourcentages que représente la part du gouvernement national et celle des conseils locaux.

M. Elinderson: Pour être plus précis, le régime de santé est financé à 40 p. 100 par des fonds publics, la part du gouvernement national représentant 60 p. 100, les impôts de comté, mais 10 p. 100 de la totalité des coûts sont couverts par des honoraires privés. Je pense que les honoraires privés représentent 10 p. 100 de la totalité du secteur de la santé mais quant aux soins hospitaliers en particulier, ce serait plus près de 5 ou 6 p. 100; les

Senator Graham: What percentage of the people purchase private insurance?

Mr. Elinderson: Less than 3 or 4 per cent; probably about 2 or 3 per cent.

Senator Graham: What is the view of the Swedish people, the population at large, with respect to the user charges? Are they generally accepted?

Mr. Elinderson: They are accepted. We had a debate some years ago when children had to pay fees, too. We had a debate on that. There has not really been any question to reduce or take away the fees for grown-ups. We have always had them, and they are accepted. It is not really a very high cost. The ceiling on an annual basis is 900 Swedish crowns. We also have strongly subsidized pharmacies.

Senator Graham: What is the income threshold at which these user charges begin to apply?

Mr. Elinderson: The charges apply to all citizens except for children.

Senator Graham: Would someone be denied care —

Mr. Elinderson: No.

Senator Graham: — under any circumstances if they could not pay user charges at the point of service?

Mr. Elinderson: There are situations, of course, when people do not have any money or a credit card on them when they come to the hospital, and the hospital has to charge afterwards, but that does not happen very often. You know if you are going to the hospital or to the doctor that you have to have the 100 crowns or 200 crowns, depending on if you go to the hospital or to a general practitioner. Normally, most people have 100 crowns or 200 crowns when they go there. Sometimes it happens that you do not, and then the government has to charge it afterwards. Most people actually pay it.

Senator Graham: How much emphasis is placed on preventative health care programs in Sweden?

Mr. Elinderson: Not very much within the health sector, but we have a rather large preventative agenda within the local community municipality sector that is cooperating with the health sector. I cannot say compared to other countries, but in the health sector, the counties have a rather low proportion of preventative medicine.

Senator Graham: Finally, has Sweden invested in tele-health activities?

Mr. Elinderson: We have in some parts of Sweden, but we have not come as far as you have in parts of Canada. I had the opportunity to visit Alberta last September. We have the techniques, of course, but we do not have as much experience yet. In the remote parts of the country where we have about the same problems you have, this is growing.

Senator Graham: Thank you.

soins de santé en dehors des hôpitaux seraient de 14 ou 15 p. 100, environ.

Le sénateur Graham: Quel pourcentage de la population achète une assurance privée?

M. Elinderson: Moins de 3 ou 4 p. 100. Sans doute plus près de 2 à 3 p. 100.

Le sénateur Graham: Que pense la population suédoise, le grand public, du ticket modérateur? Est-il accepté de façon générale?

M. Elinderson: Oui. Il y a quelques années, il y a eu un débat quand on a exigé des honoraires pour les enfants également. Il y a eu un débat là-dessus. Il n'a jamais été question de réduire ou de supprimer le ticket modérateur pour les adultes. Cela a toujours existé et c'est accepté. Ce n'est pas un coût très élevé. Le maximum annuel est de 900 couronnes suédoises. Nous avons également des pharmacies fortement subventionnées.

Le sénateur Graham: Quel est le niveau de revenu qui déclenche le recours à ce ticket modérateur?

M. Elinderson: Il s'applique à tous les citoyens sauf aux enfants.

Le sénateur Graham: Est-ce qu'on refuserait de soigner...

M. Elinderson: Non.

Le sénateur Graham: ... quelqu'un s'il ne pouvait pas verser le ticket modérateur au point de service?

M. Elinderson: Il y a des cas où les gens se présentent à l'hôpital sans argent ou carte de crédit et l'hôpital leur envoie la facture par la suite, mais cela ne se produit pas souvent. Les gens savent que s'ils vont à l'hôpital ou chez le médecin ils doivent avoir 100 ou 200 couronnes sur eux, suivant qu'ils se présentent à l'hôpital ou chez un généraliste. D'habitude, les gens ont 100 ou 200 couronnes sur eux. Il arrive qu'un patient ne les ait pas et le gouvernement doit leur envoyer la facture par la suite. La plupart des gens versent cette somme.

Le sénateur Graham: Est-ce qu'on insiste beaucoup sur les programmes de santé préventive en Suède?

M. Elinderson: Pas dans le secteur de la santé, mais il existe de vastes programmes communautaires de prévention. Je ne peux pas faire de comparaisons avec d'autres pays, mais dans le secteur de la santé, les comtés n'offrent pas beaucoup de programmes de médecine préventive.

Le sénateur Graham: Pour terminer, la Suède a-t-elle investi dans des activités de télémédecine?

M. Elinderson: Dans certaines régions de la Suède, oui, mais nous ne sommes pas aussi avancés que dans certaines parties du Canada. J'ai eu l'occasion d'aller en Alberta au mois de septembre dernier. Nous possédons les techniques, bien entendu, mais nous n'avons pas encore beaucoup d'expérience. Dans les régions éloignées où nous éprouvons à peu près les mêmes difficultés que vous, ce genre d'activité est en croissance.

Le sénateur Graham: Merci.

Senator Pépin: I have another question regarding the population over 65 years old. I believe that in Sweden you have a large population group who are elderly. I read somewhere it was close to 17 per cent. In Canada, we have 12 per cent. How is your country able to cope with this situation? It seems the responsibility for housing elderly persons is being given to the municipality. Does it help to have fewer people in the hospital beds? We know that when people are old, very often we have them in hospital and they occupy those beds.

How does the system work? Do you have any provision for the future, or advice on how we should cope with and address that problem?

Mr. Elinderson: We are lucky enough to be out of the wars. We can see in the demographics that all of the people who were in the war are growing old now. We have a larger proportion of people over 65 years of age than most countries, or at least most European and North American countries. I think that the Swedish population is one of the oldest in Europe, and in the industrialized world.

This is not, of course, a very big problem for us. We had a change in responsibility some eight or nine years ago as far as medical care for old people is concerned. The local municipality now has responsibility both for the medical care, the normal day-to-day medical care, and the housing and social care of old people. There are regulations that the municipalities have a responsibility to take the old people from the hospitals when they have been medically treated and do not need further medical treatment at the hospitals. This has led to a major increase in the number of employees, service houses, old people's homes and things like that in municipalities. That is working rather well in most parts of the country.

We try to create systems that enable people to stay in their ordinary homes and have their services in their normal homes as long as possible. This is working very well in some municipalities, but we also have a rather large proportion of old people living in nursing homes.

Senator Pépin: As you say, you have a system that allows the elderly to live in their own houses. You must have doctors making house calls.

Mr. Elinderson: Yes, especially district nurses, but not so much doctors. If a person needs more qualified medical care, that person must go to the local medical centre or the hospital. The district nurses, the physiotherapists and other persons provide most of the care.

Senator Pépin: Thank you very much.

The Chairman: I should like to return to the issue of waiting lines. As I understand it, about 10 years ago that was a very hot political issue in Sweden. It is currently a hot political issue in Canada.

As I understand it, your national government introduced a guarantee to the citizens that waiting lines would be capped at three months for certain things, three weeks for something else,

Le sénateur Pépin: Je voudrais vous poser une autre question, en ce qui concerne les gens de plus de 65 ans, je pense qu'il y a en Suède un groupe important de personnes âgées. J'ai lu quelque part que c'était près de 17 p. 100. Au Canada, c'est 12 p. 100. Comment votre pays s'en tire-t-il à cet égard? Il semble que la responsabilité du logement des personnes âgées incombe aux municipalités, n'est-ce pas? Cela permet-il de limiter le nombre de gens qui sont hospitalisés? Nous savons que quand les gens sont plus âgés, très souvent ils occupent un lit d'hôpital.

Comment votre système fonctionne-t-il? Avez-vous des suggestions ou des conseils à nous offrir pour que le moment venu, nous puissions faire face à ce problème?

M. Elinderson: Nous avons la chance de ne plus être en guerre. En fait, nous constatons que tous les gens qui ont fait la guerre sont âgés. Par rapport à la plupart des autres pays, notre groupe de plus de 65 ans est plus important, du moins si on nous compare à la plupart des pays d'Europe et de l'Amérique du Nord. Je pense que la population suédoise est parmi les plus vieilles d'Europe, du monde industrialisé.

Bien sûr, ce n'est pas un gros problème pour nous. Nous avons modifié les responsabilités il y a huit ou neuf ans en ce qui a trait aux soins médicaux prodigués aux personnes âgées. La municipalité locale a maintenant la responsabilité des soins médicaux ordinaires et elle s'occupe aussi du logement et des services sociaux à l'intention des personnes âgées. Les règlements prévoient que les municipalités ont la responsabilité de prendre en charge les personnes âgées une fois leur séjour à l'hôpital terminé, une fois le traitement hospitalier terminé. Cela a donné lieu à une grosse augmentation du nombre des foyers pour personnes âgées et du nombre d'employés dans ces services; au niveau de la municipalité les choses fonctionnent assez bien dans la plupart des régions.

Nous essayons de concevoir des façons de faire qui permettent aux gens de rester chez eux et d'y recevoir des services aussi longtemps que possible. Dans certaines municipalités, les choses vont très bien mais il y a aussi une grande partie de nos personnes âgées qui vivent dans des centres de soins infirmiers.

Le sénateur Pépin: Vous l'avez dit, votre système permet aux personnes âgées de vivre chez elles. Cela doit signifier que les médecins font des visites à domicile?

M. Elinderson: Oui, les infirmières de district plus que les médecins. Si une personne a besoin d'une consultation médicale spécialisée, elle doit se rendre à un centre médical local ou à l'hôpital. Les infirmières de district, les physiothérapeutes et les autres professionnels de la santé prodiguent l'essentiel des soins.

Le sénateur Pépin: Merci beaucoup.

Le président: Je voudrais parler de nouveau de la question des listes d'attente. Si j'ai bien compris, il y a environ dix ans, cette question était d'une actualité politique brûlante en Suède. C'est le cas actuellement au Canada.

Votre gouvernement national a donné aux citoyens la garantie que les listes d'attente ne signifieraient pas une attente de plus de trois mois pour certains services, trois semaines pour d'autres,

and so on. I can understand how a national government could pass that policy, but I have no idea how they could make it work.

What happened as a result of the so-called waiting line guarantee? From a practical standpoint, what actually made it work?

Mr. Elinderson: The former national government introduced the waiting line guarantee. The main components of the guarantee was that, as a patient, you were guaranteed that if the county in which you lived could not provide you with the service you needed within three months, you could have the money to go to a private hospital, private provider of medical services, or a hospital in another county. This created a situation of competition among counties, hospitals and private providers of medical services that raised the productivity dramatically within some years only. The problem was that this guarantee was restricted to only 12 or 13 different diagnoses, those that had the longest waiting lists. Some of the problems were transferred over to other diagnosis and other parts of the system.

As a whole, the main effect was that we had a dramatic raise in productivity, because the doctors and the hospitals were paid more than through the fixed budget system for their contribution. If a patient could have medical service within the county, he was guaranteed that the county would pay to meet those needs in another hospital or another county.

The Chairman: In effect, the county hospital then saw the danger that it would lose income?

Mr. Elinderson: Yes.

The Chairman: They then increased productivity to meet the waiting line targets. That is the behavioural response.

Mr. Elinderson: Yes.

The Chairman: How did the government decide the amount to pay for someone who did not meet the waiting line list in time, and therefore had to go somewhere else? For instance, was a patient given a certain amount of money and could then shop around for a hip replacement, for example, or did he go and get the hip replacement somewhere else and send the county the bill?

Mr. Elinderson: The latter is the way in which it was done. If I remember correctly, there was a price list on the national level. They introduced a list of reasonable prices or costs for each individual treatment. The counties were obliged to pay through that list. The hospital that treated the patient sent the bill to the other county.

The Chairman: Are the waiting line guarantees still in effect?

Mr. Elinderson: No. The government in power today did not like the system. They are not in favour of a market system in the health care system, so they tried to find other ways to solve the problems. They abandoned this system. One of the effects was that the waiting lists were much longer within a short period of time.

et cetera. Je peux comprendre que le gouvernement national peut adopter une telle politique, mais je ne vois absolument pas comment on peut la concrétiser.

Qu'est-il arrivé par la suite de cette soi-disant garantie contre la file d'attente? Dans la réalité, comment est-ce que cela a fonctionné?

M. Elinderson: L'ancien gouvernement national a instauré cette garantie contre la file d'attente. Les éléments principaux de cette garantie voulaient qu'en tant que patient, on vous garantissait que si notre comté ne pouvait pas vous fournir les services dont vous aviez besoin dans les trois mois, on vous donnait l'argent pour vous faire soigner dans un hôpital privé, chez un fournisseur privé de soins médicaux ou dans l'hôpital d'un autre comté. Cela a créé une situation de concurrence entre les comtés, les hôpitaux et les fournisseurs privés de services médicaux et a donc augmenté la productivité de façon marquée en quelques années. Le problème, c'est que cette garantie ne s'appliquait qu'à douze ou treize pathologies qui comportaient les plus longues listes d'attente. Certains problèmes donc ont été transférés à d'autres pathologies ou à d'autres secteurs du système.

Dans l'ensemble, l'effet principal a été une augmentation de productivité, parce que les médecins et les hôpitaux se faisaient payer plus cher que par le système de budget fixe. Si un patient ne pouvait obtenir un service médical dans son comté, on lui garantissait que le comté paierait les frais pour répondre à ses besoins dans un autre hôpital ou dans un autre comté.

Le président: En fait, l'hôpital du comté craignait à ce moment-là de perdre de l'argent.

M. Elinderson: Oui.

Le président: Les hôpitaux ont donc augmenté leur productivité pour respecter les objectifs en matière de file d'attente. C'était leur façon de réagir.

M. Elinderson: Oui.

Le président: De quelle façon est-ce que le gouvernement décidait de défrayer quelqu'un qui n'avait pu être servi dans les délais et qui devait donc se rendre ailleurs? Par exemple, est-ce qu'on remettait au patient un montant d'argent qui lui permettait ensuite de magasiner pour sa nouvelle hanche, par exemple, ou est-ce qu'il faisait faire son intervention ailleurs, quitte à renvoyer la facture au comté?

M. Elinderson: On procédait de cette dernière façon. Si je me souviens bien, il y avait une liste de prix à l'échelle nationale. On a présenté une liste de prix raisonnables pour chaque traitement. Les comtés devaient s'en tenir à cette liste. L'hôpital qui soignait le patient envoyait la facture à son comté.

Le président: Est-ce que cette garantie existe toujours?

M. Elinderson: Non. Le gouvernement au pouvoir aujourd'hui n'aimait pas le système. Il n'aime pas un système de marché dans le domaine des soins de santé; il a donc essayé de trouver d'autres moyens de régler les problèmes. Il a abandonné ce système, ce qui a eu pour effet d'allonger très rapidement les listes d'attente.

The Chairman: That is a terrific case study. You introduce an element of competition and the waiting lines decline; you remove the element of competition and the waiting lines almost immediately increase again. Is that right?

Mr. Elinderson: That is my opinion, but of course representatives of the government would argue the opposite.

The Chairman: We understand that. It does seem to me that the length of the waiting line ought to be reasonably factual. There are people on it or there are not.

Mr. Elinderson: Yes. I think that the results of the period with the guarantee is that the general opinion has another view on this matter. I think that they are in favour of reintroducing that system.

The Chairman: Will there be political pressure on the government to lower the waiting lines? Will they go back to the old system?

Mr. Elinderson: I do not think the government we have today will reintroduce it, but I hope that such a thing will be possible after the elections next year.

Senator Pépin: It seems we have a similar solution. Coming back to health services for the elderly, is there any cost for a patient who needs those services when they are in special houses for the elderly, and what is the cost to have that service? Let us say they have a visit from a nurse or physiotherapist. Is there a price they have to pay to get those services?

Mr. Elinderson: The costs of elderly care, including the medical care for elderly people, is considerably higher than normal health care because it contains a broader range of different services: housing, social services, counselling, medical treatment and things like that. The costs are considerably higher.

There is a big debate in Sweden now on how to change the system. It is accessible for all Swedes. If you do not have any money, the municipality provides the service anyway, but depending on how much money you have and how high a pension you have, you have to pay a part of the cost by yourself. This is a very demoralizing system because some people think that they have to spend all their money before they get old because, if they do not have any money at all, most services will be free. There is a debate now on how to create incentives for people to pay for their own services without creating these inequalities between those who have saved and those who have spent.

Senator Pépin: It could be *pro rata* of their income.

Mr. Elinderson: Yes.

Senator Pépin: Also, on a different matter, do you have electronic medical charts or records? Is there legislation regarding the confidentiality of those charts and who can get the information in your medical chart?

Mr. Elinderson: It is only the people who treat you medically, the doctors and nurses, and not any doctor or nurse, but the doctors to whom you are referred or the doctor in charge of you as a patient. The confidentiality or secrecy is guaranteed. Only the doctor or the other professionals who treat the patient or the

Le président: Il s'agit d'une étude de cas très intéressante. Vous introduisez un élément de concurrence et les listes d'attente baissent. Vous enlevez l'élément de concurrence et les listes d'attente augmentent presque tout de suite. N'est-ce pas vrai?

M. Elinderson: C'est mon avis, mais évidemment les représentants du gouvernement diraient le contraire.

Le président: Nous comprenons cela. Il me semble que la longueur des listes d'attente est une question de faits: il y a des gens qui figurent sur la liste d'attente ou bien il n'y en a pas.

M. Elinderson: Oui. Je crois qu'après l'expérience de la garantie, les gens ont une autre opinion de la question. Je crois qu'ils seraient en faveur du rétablissement de la garantie.

Le président: Est-ce qu'il y aura des pressions politiques auprès du gouvernement pour diminuer les listes d'attente? Est-ce qu'on va en revenir à l'ancien système?

M. Elinderson: Je ne crois pas que le gouvernement actuel va réintroduire le système, mais j'espère que ce sera possible après les élections de l'an prochain.

Le sénateur Pépin: Il me semble que nous avons une situation semblable. Pour en revenir aux soins de santé pour les personnes âgées, y a-t-il des frais pour un patient qui a besoin de ces services et qui se trouve dans un foyer pour personnes âgées, et quel est le coût de ces services? Disons par exemple qu'il reçoit la visite d'une infirmière ou d'un physiothérapeute. Est-ce qu'il doit payer quelque chose pour avoir droit à ces services?

M. Elinderson: Les frais des soins pour les aînés, y compris les soins médicaux pour les aînés, sont beaucoup plus élevés que les soins de santé ordinaires puisqu'il s'agit d'une plus grande gamme de services: le logement, les services sociaux, le counselling, les traitements médicaux et des choses du genre. Les coûts sont beaucoup plus élevés.

Il y a un grand débat en Suède à l'heure actuelle quant à la façon de modifier le système. Il est accessible à tous les Suédois. Si vous n'avez pas d'argent, la municipalité vous fournit les services de toute façon, mais selon votre niveau de revenu et selon votre pension, vous devez assumer une partie des coûts. C'est un système très démoralisant; certaines personnes pensent qu'il faut dépenser tout son argent avant de vieillir parce que, si on n'a pas du tout d'argent, les services sont gratuits. Il y a maintenant un débat quant à la façon d'inciter les gens à payer pour les services qu'ils reçoivent, sans toutefois créer d'inégalité entre ceux qui ont épargné et ceux qui ont dépensé.

Le sénateur Pépin: On pourrait le fixer au *prorata* du revenu.

M. Elinderson: Oui.

Le sénateur Pépin: Dans un ordre d'idées différent, avez-vous des dossiers médicaux électroniques? Est-ce qu'il y a une législation sur la confidentialité de ces dossiers et sur ceux qui ont accès à ce type de renseignements?

M. Elinderson: Seuls y ont accès les gens qui vous offrent des soins médicaux, les médecins et les infirmières, et pas n'importe quel médecin ou infirmière, mais les médecins auxquels vous êtes référé ou votre médecin traitant. La confidentialité ou le secret sont assurés. Il n'y a que le médecin et le personnel soignant qui

professionals consulted according to the patient's needs can read their files.

Senator Pépin: Does that mean you are already using electronic patient records?

Mr. Elinderson: Yes. I am not sure how it works in Canada, but there has been reluctance to use IT in this respect. Slowly, they have found technical means to secure the patient's integrity. In some parts, they use technology to communicate, but I am not sure we have developed the systems very far.

The Chairman: I should like to go back to the issue of the experiments in Stockholm with respect to contracting out. As I understand it, they did two basically different things: First, the hospital was managed by a private sector company and a private sector board, so at a management level it was private sector. Did they also essentially contract out various services that might have historically been done in the hospital? For example, did they decide that they would no longer do magnetic resonance imaging, MRIs but would contract that out, for example, to some private sector facility near the hospital? What did they really contract out, or was the change only because they brought in a different management team?

Mr. Elinderson: I think the major change was that they brought in different management. The hospital, the buildings and some of the equipment are still owned by the county and rented by the private company that has run the hospitals for, I think, 10 years. Most of the services and care provided at that hospital are exactly the same type of care and the same spectrum of care that was there before the private company took over the hospital.

The Chairman: Have there been any studies done on patient satisfaction or dissatisfaction with the system? People in Canada who would be opposed to that type of model would say that the patients will receive less quality care in order that the private sector owners can make a profit. I am curious as to whether any customer satisfaction studies or patient satisfaction studies have been done.

Mr. Elinderson: Both employee satisfaction surveys and customer-patient studies both show an increase in satisfaction. I have visited the hospital possibly ten times, and when you visit that hospital, it has a totally different atmosphere than it had previously, and it is also different from most other hospitals. We have hospitals professionally run by the government too, but it is a totally different atmosphere. If you discuss this with the employees, the nurses and the doctors, there is no doubt that all of the ones whom I have spoken with, at least, are very satisfied with the change.

This idea is spreading throughout the country. They have no problem in recruiting new doctors, nurses, physiotherapists or other medical people at all, or management people, while every other hospital in the country has great problems. In fact, they have people on waiting lists to start working there. I think that we will have a large debate on the change in the coming year till next year's election, and I think that that example will affect the debate all over the country.

offrent des soins au patient ou les professionnels consultés pour ses besoins qui ont accès à son dossier.

Le sénatrice Pépin: Est-ce que cela veut dire que vous avez déjà recours à des dossiers électroniques?

M. Elinderson: Oui. Je ne sais pas comment cela fonctionne au Canada, mais nous avons hésité à avoir recours aux moyens électroniques. Petit à petit, on a trouvé des moyens techniques pour protéger les renseignements sur le patient. Dans certaines régions, on communique par l'informatique, mais on en est encore à l'étape préliminaire.

Le président: J'aimerais revenir à la question des projets pilotes de Stockholm pour ce qui est de la sous-traitance. Si j'ai bien compris, on a fait deux choses: premièrement, l'hôpital est géré par une société du secteur privé avec un conseil d'administration du secteur privé et donc au niveau de la direction il s'agit d'une entreprise du secteur privé. Est-ce qu'on a aussi sous-traité divers services normalement fournis à l'interne? Par exemple, est-ce qu'on a décidé de ne plus offrir d'IRM et de donner ce service en sous-traitance à un établissement privé situé près de l'hôpital? Quels sont les services donnés en sous-traitance, ou est-ce qu'il s'agit seulement de changements résultant de la nouvelle équipe de gestion?

M. Elinderson: Je crois que le principal changement, c'est la nouvelle gestion. L'hôpital, les immeubles et certains équipements appartiennent toujours au comté et sont loués par la société privée qui gère l'hôpital depuis dix ans, si je ne m'abuse. La plupart des services et des soins fournis à cet hôpital sont exactement les mêmes qu'avant que la société privée n'en prenne le contrôle.

Le président: Y a-t-il eu des études sur le niveau de satisfaction des patients? Au Canada, les gens qui s'opposent à ce genre de modèle disent que les patients vont recevoir un service de qualité inférieure afin que les propriétaires puissent faire des profits. Je suis curieux de savoir si on a mené des études sur le niveau de satisfaction des clients ou des patients.

M. Elinderson: Les sondages auprès des employés et auprès des consommateurs-patients indiquent une augmentation du niveau de satisfaction. J'ai visité l'hôpital une dizaine de fois, et lorsqu'on visite cet hôpital, on y trouve une atmosphère complètement différente de celle d'autrefois, et bien différente de celle des autres hôpitaux. Nous avons aussi des hôpitaux gérés par le gouvernement, mais l'atmosphère y est complètement différente. Si vous en parlez aux employés, aux infirmières et aux médecins, il n'y a aucun doute que ceux avec qui j'ai pu en parler, tout au moins, sont très satisfaits du changement.

C'est une idée qui fait son chemin. On n'a pas de difficulté à recruter de nouveaux médecins, des infirmières, des physiothérapeutes ou d'autre personnel médical, ou même du personnel de gestion, alors que les autres hôpitaux dans le pays ont beaucoup de problèmes. En fait, les gens s'inscrivent sur des listes d'attente pour y travailler. Je crois que nous aurons un grand débat sur ce changement dans l'année à venir, d'ici aux prochaines élections, et je crois que cet exemple va avoir un impact sur le débat national.

Senator Morin: This is very interesting. Has this interesting experience been published? Can we read the figures on this, or is this too recent?

Mr. Elinderson: I think there are publications that discuss these surveys. I am not sure, but I think I have read some things besides the newspaper reports. I have read some memos on that. I am sure that I can manage to find some interesting material. I am not sure whether it is in English, but it would be possible to find people to translate that material.

Senator Morin: I would appreciate very much receiving that material. What have been the reactions of the unions and the employees to this?

Mr. Elinderson: The first reaction was one of reluctance, so to speak, but the experiences from this example have changed some. The doctors and nurses have been in favour of the changes. They are actually advocating changes to the whole system. The greater number of employees in the hospitals or health system — the assistant nurses and other professionals, except for the specialized medical professionals — have traditionally been left wing politically, and they have opposed such changes.

I believe that there is a change. They had their annual conference two weeks ago, where there was a first-time debate on this issue. The majority is still opposed to these changes, but an increasing number of union officials are in favour of the changes.

Senator Morin: Thank you. I appreciate your comments and I am impressed by your knowledge of your health system.

Mr. Elinderson: Thank you.

The Chairman: On behalf of the committee, I thank you for taking the time to appear before us via modern technology. If you are able to obtain the material that Senator Morin spoke to you about, we would appreciate it.

Mr. Elinderson: It has been my pleasure.

The committee adjourned.

OTTAWA, Thursday, June 7, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 11:04 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, as part of our larger study on the state of the health care system in Canada and what the federal role in that is now and should be in the future, we are focusing today on the issue of mental health. We will begin with some officials from Health Canada and then hear some non-governmental witnesses.

Le sénateur Morin: C'est bien intéressant. Est-ce que les résultats de cette expérience ont été publiés? Pouvons-nous voir les chiffres à ce sujet, ou est-ce que l'expérience est trop récente?

M. Elinderson: Je crois qu'il y a des publications qui traitent de ces sondages. Je n'en suis pas sûr, mais il me semble que j'ai lu des choses en plus des indications dans les journaux. J'ai lu des notes de service à ce sujet. Je suis sûr de pouvoir trouver des renseignements intéressants. Je ne sais pas si ce sera en anglais, mais on pourra trouver des traducteurs.

Le sénateur Morin: Je vous saurais gré de nous faire parvenir cette documentation. Quelle a été la réaction des syndicats et des employés?

M. Elinderson: Au début, ils étaient réticents, si je puis dire, mais avec l'expérience, certains ont changé d'avis. Les médecins et les infirmières ont été conquis par ces changements. Ils préconisent même une refonte du système. Mais la majorité des employés des hôpitaux ou du secteur de la santé — les infirmières adjointes et les autres professionnels, à l'exception du personnel soignant spécialisé — sont des gens de gauche, et ils sont contre ces changements.

Mais je crois que la situation évolue. Ils ont tenu leur conférence annuelle il y a deux semaines, et ils ont débattu de la question pour la première fois. La majorité est toujours contre ces changements, mais de plus en plus de syndicalistes y sont favorables.

Le sénateur Morin: Merci. Je vous suis reconnaissant de vos commentaires et je suis fort impressionné par votre connaissance du système de soins de santé.

M. Elinderson: Merci.

Le président: Au nom du comité, je vous remercie d'avoir pris le temps de comparaître devant nous par le truchement de la technologie moderne. Si vous pouvez obtenir le matériel dont le sénateur Morin a parlé, nous vous en serions reconnaissants.

M. Elinderson: Ce fut un plaisir.

La séance est levée.

OTTAWA, le jeudi 7 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, s'est réuni aujourd'hui à 11 h 04 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, dans le cadre de notre étude de l'état du système de soins de santé au Canada et du rôle que joue le gouvernement fédéral actuellement et devrait jouer à l'avenir dans ce domaine, nous allons nous pencher aujourd'hui sur la question de la santé mentale. Nous commencerons par des fonctionnaires de Santé Canada, après quoi nous aurons quelques témoins qui ne font pas partie de l'administration.

Our first witness this morning is Ms Nancy Garrard.

Please proceed with your opening statement, Ms Garrard, and we will then turn to questions.

Ms Nancy Garrard, Acting Director General, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch, Health Canada: Honourable senators, with me today are Tom Lips, Senior Policy Advisor for Mental Health, and Carl Lakaski, Senior Analyst on Mental Health Issues in our Centre for Healthy Human Development.

We have for you a presentation outlining some of the issues around mental health promotion and some of the federal responses to it. Mr. Lips will walk you through the presentation and we will be happy to answer any questions.

Mr. Tom Lips, Senior Policy Advisor for Mental Health, Population and Public Health Branch, Health Canada: Honourable senators, mental health was identified as a government priority in the Speech from the Throne and the relevant passage from the speech is included in the material that we have provided to you.

Why has mental health emerged as a priority? The four essential reasons that we see for this are: the centrality of mental health, the burden of mental health problems and disorders, the gaps in the current response, and the opportunities to act. I will speak to each of those points briefly.

Centrality of mental health refers to the fact that, as the WHO definition conveys, mental health is not separate from health but a critical dimension of it. We know from survey research and other research that factors related to psychological well being are critical in people's assessment of their own health. When you ask people to rate their own health and you study the factors associated with that, mental health is a critical dimension.

We know from research that mental health directly affects physical health, the risk of illness, the severity of illness and the recovery from illness. There is extensive co-morbidity between mental health problems and physical problems and there are many common risk and protective factors for mental health problems and physical health problems.

Much can be said about the burden of mental health problems. We have provided two small examples. One is the high rates of distress reported by the population through the national population health survey. We also have figures from that survey on depression and various other mental health measures. The other example is the high rates of suicide, particularly in the Aboriginal population.

Other examples include the burden on business because of psychological distress, which has been estimated at as high as \$22 billion, and the fact that 25 per cent of Canadians report that their workplaces are major sources of stress in their lives. Suicide is the leading cause of death among Canadian males age 10 to 49, and the suicide rate for Aboriginal male youths is five to eight times that of their counterparts in the general population. Those are just a few examples of the burden of mental health problems.

Nous entendrons tout d'abord Mme Nancy Garrard.

Veuillez commencer, madame, et nous passerons ensuite aux questions.

Mme Nancy Garrard, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique, Santé Canada: Honorables sénateurs, je suis accompagnée de Tom Lips, conseiller principal en matière de politiques pour la santé mentale et de Carl Lakaski, analyste principal, Santé mentale, Centre pour le développement de la santé humaine.

Notre exposé vous présentera certaines des questions concernant la promotion de la santé mentale et certaines des démarches fédérales à ce sujet. M. Lips fera l'exposé et nous nous ferons un plaisir de répondre à vos questions.

M. Tom Lips, conseiller principal en matière de politique pour la santé mentale, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada: Honorables sénateurs, la santé mentale était l'une des priorités gouvernementales énoncées dans le discours du Trône, comme l'indique le passage que nous citons ici.

Pourquoi la santé mentale est-elle devenue une priorité? Les quatre raisons principales sont les suivantes: la centralité de la santé mentale, le fardeau des problèmes et troubles de la santé mentale, les lacunes dans la réponse actuelle et les possibilités d'agir. Je reviendrai brièvement sur chacun de ces points.

La centralité de la santé mentale signifie que comme l'indique la définition de l'OMS, elle représente une dimension cruciale de l'état de santé global. Nous savons, les recherches l'ont démontré, que les facteurs liés au bien-être psychologique sont essentiels aux gens dans l'évaluation de leur santé. Quand on leur demande d'évaluer leur santé et qu'on étudie les facteurs qui y sont associés, la santé mentale prend une dimension cruciale.

Les recherches nous ont également appris que la santé mentale influe directement sur la santé physique: risque de maladie, gravité, guérison. Il y a une comorbidité importante des problèmes mentaux et physiques et il y a de nombreux facteurs de risque et de protection communs.

Il y aurait beaucoup à dire sur le fardeau des problèmes de santé mentale. Nous vous donnons là deux petits exemples. D'une part les taux de détresse élevés révélés par l'Enquête nationale sur la santé de la population. Il y a aussi les chiffres tirés de cette même enquête concernant la dépression et d'autres mesures de la santé mentale. L'autre exemple est les taux élevés de suicide, en particulier parmi les Autochtones.

On pense aussi au fardeau que représente la détresse psychologique pour les entreprises, que l'on a estimé à environ 22 milliards de dollars, et le fait que 25 p. 100 des Canadiens indiquent que leur lieu de travail est une source majeure de stress. Le suicide est la première cause de décès chez les Canadiens de sexe masculin âgés de 10 à 49 ans et chez les Autochtones, ce chiffre est multiplié par cinq à huit. Voilà juste quelques exemples de ce fardeau que représentent les problèmes de santé mentale.

Burdens of mental disorders are second only to cardiovascular in direct health care system costs and they are seventh in overall costs, including both direct and indirect costs. They account for the highest number of days of hospitalization of any category of health problem if one factors in the number days in psychiatric hospital. Hospitalization data that may have been presented to you in the past would typically not have included psychiatric hospitals. Mental diagnoses account for up to 35 per cent of federal and provincial disability payments. This is obviously a major burden.

The next slide uses a measure called "disability adjusted life years," which is an aggregate measure including impact of premature mortality and morbidity. Of the 10 leading causes of mortality and morbidity in the developing nations, several have dimensions of mental disorder.

The Chairman: The only technical word I have seen you use so far is "unipolar." What does that mean?

Mr. Lips: Unipolar is contrasted with bipolar. Bipolar is what is known as "manic depressive disorder." There is an element of mania — heightened mood, excitement — and there is an element of depression, which alternate. Unipolar depression simply has a depressive component.

Senator Morin: You also mentioned self-inflicted injuries, maybe you explained that. I missed that.

Mr. Lips: Self-inflicted injuries, in this table, are a reflection of suicide attempts and self-injury.

The Chairman: That would include successful suicides, too, I presume.

Mr. Lips: It would include both.

The Chairman: The phrase "successful suicide" may be an oxymoron.

Mr. Lips: We use the term "completed suicides." It does include both, and both should be taken into account.

Getting back to our four major points about why mental health is a priority. The third point deals with gaps in society's current response. I know you will be hearing more about this from the other presenters, however I would like to highlight three points. The first of which is a serious shortfall in surveillance. Although most mental disorders are treated in the community, rather than in hospital, our data on mental illness come primarily from hospital data. We have a growing body of knowledge based on national health surveys. That will be improving in the future.

There is still a serious need for attention to improve mental health surveillance. There is a limited and fragmented community capacity to promote mental health, prevent suicide and support the mentally ill and people in crisis.

Finally, there is a gap or a need in the area of identifying interventions that are evidence-based. Canada has a diverse and changing population: The age and ethnic profiles are changing. Our mental health programs need to reflect this. The impact of

Pour ce qui est du fardeau qu'ils représentent, les troubles mentaux suivent immédiatement les maladies cardio-vasculaires sur le plan des coûts directs et occupent le septième rang sur le plan des coûts généraux, c'est-à-dire à la fois directs et indirects. Ils sont responsables du nombre de jours d'hospitalisation le plus élevé si l'on tient compte des hôpitaux psychiatriques. Les données concernant l'hospitalisation qui vous ont peut-être déjà été présentées n'incluaient probablement pas les hôpitaux psychiatriques. Les diagnostics mentaux représentent jusqu'à 35 p. 100 des paiements de prestations d'invalidité fédérales et provinciales. C'est donc évidemment un fardeau très lourd.

La diapositive suivante présente une mesure appelée «réduction des années de vie du fait d'invalidité» qui est un agrégat de l'incidence de la mortalité et de la morbidité prématurées. Parmi les 10 principales causes de mortalité et de morbidité dans les pays en développement, plusieurs révèlent une mesure des troubles de santé mentale.

Le président: Le seul terme technique que vous me semblez avoir utilisé jusqu'ici est «unipolaire». Qu'est-ce que cela signifie?

M. Lips: Unipolaire s'oppose à bipolaire. Un trouble bipolaire est ce que l'on appelle un «trouble maniaco-dépressif». Il y a un élément de manie — humeur exaltée, excitation — et un élément de dépression, qui alternent. La dépression unipolaire ne comporte que l'élément dépressif.

Le sénateur Morin: Vous avez également parlé de blessures auto-infligées, vous l'avez peut-être expliqué, mais je l'ai manqué.

M. Lips: Dans ce tableau, les blessures auto-infligées signifient des tentatives de suicide et l'automutilation.

Le président: Je suppose que cela inclurait aussi les suicides réussis.

M. Lips: Les deux.

Le président: «Suicide réussi» est peut-être un oxymoron.

M. Lips: Nous utilisons le terme «suicides menés à terme». Cela inclut les deux et il faut tenir compte des deux.

Je reviens aux quatre points indiqués au début. Le troisième porte sur les lacunes dans la réponse actuelle. Je sais que vous aurez d'autres exposés à ce sujet, mais j'aimerais faire ressortir trois choses. Tout d'abord, le sérieux manque de surveillance. Bien que la majorité des troubles mentaux soient traités dans la collectivité, plutôt qu'à l'hôpital, les données que nous avons sur la santé mentale viennent essentiellement des hôpitaux. Nous avons acquis beaucoup plus de connaissances à partir des enquêtes nationales sur la santé. Cela nous permettra d'améliorer nos données.

Il reste qu'il faut nettement améliorer la surveillance. Il y a une capacité limitée et fragmentée de la collectivité à promouvoir la santé mentale, prévenir le suicide ou aider les malades mentaux et les personnes en situation de crise.

Enfin, il y a un manque ou un besoin sur le plan de l'identification et de la mise en oeuvre d'interventions fondées sur l'expérience clinique. Le Canada a une population diversifiée et changeante: âge et profil ethnique. Nos programmes de santé

social determinants of health has been, to a great extent, neglected in the mental health area. There are gaps in mental health services to First Nations and Inuit people.

Factors affecting mental health and mental disorder are essentially the same factors that affect all health and disorder. We have listed them here. These are drawn from work in the population health model. Some of them are amenable to intervention and others less so.

The provincial and territorial governments have primary responsibility for the planning and delivery of mental health services for the general population. The federal government has a special mandate for health service delivery to First Nations people on reserve and Inuit people. The federal government also undertakes national health promotion efforts.

Both levels of government have been active in mental health promotion, research and surveillance and have collaborated to address some service delivery issues.

Health Canada has had a long tradition of information activities for the public and professionals. We have a tradition of collaboration with provincial and territorial governments as they work to strengthen mental health services. There have been a number of research and project funding and sustaining grants programs, which have contributed in some measure to mental health. While research and project funding programs have not generally been targeted specifically to mental health, there have been one or two.

Health Canada also provides funding for crisis intervention services, and prevention and promotion activities for First Nations and Inuit, and broad-based health promotion programs — for example, parenting programs, some of the programs around substance abuse — and general heart health promotion. These are programs which are not focussed primarily on mental health, but which have significant implications for mental health.

Finally, there is a strong mental health content in the 1994 National Population Health Survey and in the upcoming community health survey, 2002. That will allow us for the first time to establish prevalence rates for some of the main disorders on a province-by-province basis.

As part of the overall thrust of the federal government towards increasing health research through the Canadian Institutes of Health Research, there is an institute on neurosciences, mental health and addictions. In addition to that institute, several other institutes have a broad interest in mental health.

There are several operative factors relating to opportunities and what we perceive as the new emerging climate for action. There is a growing knowledge base from research and practice. We know more than we did 10 or 20 years ago about what can be done and what the needs are.

mentale doivent en tenir compte. L'effet des déterminants sociaux de la santé est trop souvent négligé. Il y a des lacunes dans les services de santé mentale aux Premières nations et aux Inuits.

Les facteurs influant sur la santé mentale et les troubles mentaux sont essentiellement les mêmes que ceux qui influent sur la santé et les maladies en général. Nous en avons dressé une liste ici. Ils sont tirés des études faites sur le modèle de santé de la population. Certains peuvent bénéficier d'une intervention, d'autres moins.

Les administrations provinciales et territoriales sont les premières responsables de la planification et de la prestation de services de santé mentale à l'ensemble de la population. Le gouvernement fédéral est mandaté spécialement pour promouvoir la santé et la prestation de services de santé aux Inuits et aux Premières nations dans les réserves. Il entreprend également des efforts nationaux de promotion de la santé.

Les deux paliers de gouvernement ont travaillé activement à la promotion, à la recherche et à la surveillance en santé mentale et ont coopéré pour régler certains problèmes de prestation de services.

Santé Canada a depuis longtemps des activités d'information pour le public et les professionnels. Nous collaborons avec les provinces et les territoires à intensifier les services de santé mentale. Nous finançons de la recherche et des projets et apportons des subventions de soutien qui, dans une certaine mesure, contribuent à la santé mentale. Bien que les programmes de financement de projets et de recherche ne soient pas en général ciblés sur la santé mentale, un ou deux le sont.

Santé Canada finance également les services de secours et de prévention et de promotion pour les Premières nations et les Inuits ainsi que des programmes de promotion de la santé élargis — par exemple, des programmes à l'intention des parents, certains programmes de lutte contre la toxicomanie — ainsi que des programmes de lutte contre les maladies cardiaques. Ce sont des initiatives qui ne portent pas essentiellement sur la santé mentale, mais qui ont des incidences importantes sur la santé mentale.

Enfin, il y a une forte teneur en santé mentale dans l'Étude nationale sur la santé de la population de 1994 et sur l'étude qui sera réalisée en 2002 sur la santé communautaire. Cela nous donnera pour la première fois la possibilité de connaître, province par province, le taux d'incidence des principaux troubles.

Dans le contexte général de l'action du gouvernement fédéral pour la recherche en matière de santé dans les Instituts de recherche en santé du Canada, il y a un institut de neurosciences, de santé mentale et de toxicomanie. Il y a aussi d'autres instituts qui s'intéressent à la santé mentale.

Il y a plusieurs facteurs qui jouent sur les possibilités et sur ce qui nous semble être un nouveau climat favorable à l'action. Il y a une base de connaissances grandissante à partir de la recherche et de la pratique. Nous en savons plus qu'il y a 10 ou 20 ans sur ce que l'on peut faire et ce que sont les besoins.

Various federal working groups have completed a lot of groundwork in the area. While these groups have not necessarily focussed on mental health, the Working Group on Women's Health, for example, brought forth the need for a much stronger need for mental health surveillance. Virtually every provincial and territorial government has recognized the importance of mental health issues and has launched policy initiatives and in some cases legislative reform over the last several years.

There has been extensive groundwork by Canadian NGOs and stakeholders. I know you will be hearing from the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health today. There have also been extensive consultations with First Nations and Inuit people across the country. Internationally, there have been major initiatives on mental health in other countries notably by Australia, New Zealand, the United Kingdom and the United States.

The Chairman: Has Canada done a similar major initiative?

Mr. Lips: We hope to get to that.

Primarily because of the increasing evidence of the global burden of mental health as part of the global burden of disease, international bodies such as the World Health Organization, the European Union and the OECD, have also focussed an increasing amount of work on mental health.

With regard to developing a national approach to mental health, the possible scope of national action that we are suggesting here — and these should be regarded as examples — includes strengthening surveillance and applied research in mental health. These are areas where the federal government has been active in general health in the past.

Improving mental health literacy across the country is another suggestion. By "mental health literacy," I mean improving the general knowledge of mental health and mental illness, reducing stigma associated with both mental disorder and help seeking, and increasing people's familiarity with what is available in terms of mental health programs and services.

Another area of focus could be outreach to groups at risk to increase social support and resiliency. It is clear from a large body of evidence the importance of social and interpersonal support in maintaining and improving mental health and resiliency.

Another dimension would be to develop the mental health aspects of all major health-related initiatives. There is virtually no major health-related initiative that does not have a potential mental health dimension. Often that dimension is what has been missing or underdeveloped in the past.

Finally, we suggest working with NGOs and provincial and territorial governments to look for ways of increasing community capacity to improve our response to mental health issues.

With regard to the possible scope of action for First Nations and Inuit, this constitutes a different relationship because of questions of service delivery as well as mental health promotion and prevention. The federal government, in keeping with its special

Divers groupes de travail fédéraux ont fait beaucoup de travail de base dans ce domaine. Ils ne s'occupent pas nécessairement de santé mentale mais, par exemple, le Groupe de travail sur la santé des femmes, a fait ressortir le besoin d'une surveillance sensiblement accrue de la santé mentale. Pratiquement tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont reconnu l'importance de la santé mentale et lancé des initiatives stratégiques et, dans certains cas, une réforme législative dans ce sens.

Il y a eu un gros travail de base effectué par les ONG et les intervenants canadiens. Je sais que vous allez entendre l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale. Il y a également eu d'importantes consultations avec les Premières nations et les Inuits. Sur la scène internationale, des initiatives importantes ont été prises dans d'autres pays en matière de santé mentale, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et aux États-Unis.

Le président: Le Canada a-t-il lancé une initiative importante similaire?

M. Lips: Nous espérons en arriver là.

Essentiellement du fait de la reconnaissance accrue du fardeau mondial que représente la santé mentale dans le contexte de la maladie, des organismes internationaux tels que l'Organisation mondiale de la santé, l'Union européenne et l'OCDE ont également intensifié leurs efforts en matière de santé mentale.

Pour ce qui est d'une démarche nationale face à la santé mentale, la portée possible des mesures nationales que nous suggérons ici — et ce ne sont là que des exemples — serait notamment d'intensifier la surveillance et la recherche appliquée en santé mentale. Ce sont des domaines dans lesquels le gouvernement fédéral est actif dans le contexte général de la santé.

Une autre solution consiste à parler davantage de santé mentale dans tout le pays. Il s'agit de mieux faire comprendre ce qu'est la santé mentale et la maladie mentale, de réduire les préjugés associés aux troubles mentaux et à leur traitement et faire connaître aux gens les programmes et services dont ils peuvent se prévaloir.

On parle aussi d'approcher les groupes à risque pour renforcer le soutien social et la résistance. Toutes les recherches montrent que l'entraide est extrêmement importante pour la santé mentale et la résistance.

Il faudrait aussi développer la dimension santé mentale de toutes les initiatives importantes en matière de santé. Il n'y a pratiquement pas d'initiatives importantes concernant la santé qui n'a pas une dimension santé mentale possible. C'est souvent cette dimension qui manquait ou qui n'a pas été assez examinée par le passé.

Enfin, nous suggérons de travailler avec les ONG, les provinces et les territoires à augmenter la capacité de la collectivité à améliorer notre réponse aux problèmes de santé mentale.

Quant à la portée possible des mesures pour les Premières nations et les Inuits, cela constitue une relation différente, qu'il s'agisse de prestation de services, de promotion de la santé mentale ou de prévention. Le gouvernement fédéral, conformément

relationship with these populations, will continue to work with First Nations and Inuit people to more effectively address mental health program and service delivery needs, suicide prevention and mental health promotion in a culturally appropriate manner.

Overall, the proposed federal approach is one based on national leadership, which would include collaboration. Knowledge development, which includes research and dissemination and implementation of what we have learned, and community mobilization.

The steps we see as required and have begun include: consultation and consensus-building with experts and key stakeholders, developing a national strategy for mental health promotion, prevention of mental health problems and disorders, and early intervention. We also envision a strategy to help address mental health promotion and service needs of First Nations and Inuit people.

We welcome questions and discussion.

The Chairman: I want to ask you several questions that relate to your last three slides.

In your proposed federal approach, you use all the right words. What I really want to understand is whether there is any substance behind the sounding.

You talk about consultation and consensus building. You talk about development of a national strategy, and you talk about building a framework. These are standard words for activists.

In your opening you provided quite a magnitude of numbers, particularly those related to young people and to the Aboriginal community. As well, there are difficulties relating to a national health care service when the federal government is not responsible for delivering it. Can you try to put some flesh on a few of your points? I noticed in your last three slides you talked about possible scope, not what you are doing. You used "possible scope" twice and "proposed federal approach" once.

My broad question is how do we move from words to action? What would that action be? The final question is, what can we do to help kick whoever needs to be kicked to make this work?

Mr. Lips: That is an excellent question. The mention of mental health in the Speech from the Throne is a signal that it is time to move forward and increase our involvement in mental health. Much of what I have spoken about is forward-looking.

The question you raise about how we turn these nice words into something concrete is partly to be addressed through consultation. I know that with the First Nations and Inuit there have been extensive consultation about the needs of those communities.

We have started to talk to experts. The kinds of things that we, as a federal government, are able to do are not going to change dramatically. We can pursue information strategies both with professionals and with the public. We can pursue collaborative strategies with the provincial and territorial governments in terms of facilitating their work. We can work, for example, in the area of best practices and guidelines for services. A possible avenue is some kind of project funding for community level projects that

ment à la relation spéciale qu'il a vis-à-vis de ces peuples, continuera à travailler avec les Premières nations et les Inuits pour régler les problèmes en matière de santé mentale, de prestations de services, de prévention du suicide et de promotion de la santé mentale sans heurter les cultures.

Dans l'ensemble, la démarche fédérale proposée repose sur des directives nationales et une collaboration, le développement des connaissances, notamment la recherche et sa diffusion ainsi que l'application de ce que nous avons appris et la mobilisation des collectivités.

Parmi les mesures nécessaires que l'on a commencé à prendre, citons la consultation et la création d'un consensus avec des spécialistes et des intervenants clés, l'élaboration de stratégies nationales pour la promotion de la santé mentale, la prévention des problèmes et les troubles mentaux, et l'intervention précoce. Nous organisons aussi une stratégie visant à répondre aux besoins de services et de promotion de la santé mentale des Premières nations et des Inuits.

Nous sommes maintenant prêts à répondre à vos questions.

Le président: J'aimerais vous poser plusieurs questions sur vos trois dernières diapositives.

Dans la démarche fédérale que vous proposez, vous avez bien choisi vos mots. J'aimerais savoir s'il y a quelque chose derrière tous ces mots.

Vous parlez de consultation et de consensus. Vous parlez d'élaborer une stratégie nationale et un cadre de travail. Ces expressions dénotent un désir d'agir.

Au début, vous avez donné beaucoup de chiffres, en particulier sur les jeunes et les Autochtones. D'autre part, il est difficile de parler de service national de soins de santé quand le gouvernement fédéral n'est pas responsable de la prestation de ce service. Pourriez-vous développer un peu certains de vos propos? J'ai remarqué que vos trois dernières diapositives portent sur la portée possible et non pas sur ce que vous faites. Vous dites deux fois «portée possible» et, une fois, «démarche fédérale proposée».

Comment passer des belles paroles à l'action? Quelle serait cette action? Ma dernière question: que peut-on faire pour faire bouger quiconque doit bouger pour que ceci fonctionne?

M. Lips: C'est une excellente question. La mention de santé mentale dans le discours du Trône signifie qu'il est temps d'avancer et de nous pencher davantage sur la santé mentale. Une bonne partie de ce que j'ai dit concerne l'avenir.

Vous demandez comment on peut traduire ces belles paroles en action concrète et je vous réponds que ce sera en partie par voie de consultation. Je sais qu'avec les Premières nations et les Inuits, il y a déjà eu beaucoup de consultations au sujet de leurs besoins.

Nous avons commencé à parler avec des experts. Le genre de choses que nous, l'administration fédérale, pouvons faire vont sensiblement changer. Nous pouvons poursuivre des stratégies d'information auprès des professionnels et du grand public. Nous pouvons poursuivre des stratégies de collaboration avec les administrations provinciales et territoriales afin de les aider dans leur travail. Nous pouvons travailler, par exemple, dans le sens de pratiques exemplaires et de lignes directrices pour la prestation

would assist communities in developing their own resources to address mental health issues.

A research component that is very important. I use the term "applied research" because, of course, basic research is very important as well. One of the things that has held back the mental health file over the years — not only in Canada but internationally — is that initially the evidence base for many of the possible interventions was not particularly strong.

Now we have evidence from several areas indicating promising avenues, but many of these interventions still need to be tested in the real world at the community level. That takes resources and a collaborative approach. I would see the federal government becoming involved in that area.

With regard to knowledge development, there is a research aspect; there is a dissemination aspect; there is a social marketing aspect. In all of these are areas in which the federal government has considerable experience and expertise that could be brought to bear on mental health issues.

With respect to community mobilization, we would depend on close collaboration with voluntary associations and professional associations at the community level and nationally.

The full shape of the strategy needs to be developed, but these are the kinds of pieces that we have envisaged at this stage. Through consultation, we may discover new that we have not thought of or brought forward. There is a health human resources side that needs to be addressed. It is a large issue. Our ability to address it will depend on resources and on the evidence base that we have.

Ms Garrard: We are prepared to start building on the momentum and the climate that exists today. I think there is that recognition and evidence that makes it more timely to come in and make that noise louder on this issue.

As Mr. Lips has said, we are just starting to work on a consensus. There are many obvious pillars already in place. The federal government and Health Canada can certainly draw more attention to this area.

The Chairman: What is your time frame for developing a strategy? It always helps to get something in the Throne Speech, but Senator LeBreton and I have been involved in writing those over the years, so pardon us if we do not always take that as an overwhelming signal.

The real issue in Ottawa is money. Mr. Lips twice commented on resources. Have the financial resources available for mental health issues increased dramatically?

Ms Garrard: No. There has been some recognition within Health Canada and there have been some internal reallocations. To do justice to this issue, there would have to be a significant increase in dollars.

The Chairman: That has not yet, at this point, been committed?

des services. Une voie possible est le financement de projets locaux qui aideraient les collectivités à développer leurs propres ressources pour faire face aux problèmes de santé mentale.

L'élément recherche est très important. Je parle de «recherche appliquée» parce qu'évidemment la recherche pure est également très importante. Une des choses qui a freiné le dossier de la santé mentale — non seulement au Canada, mais dans tous les pays — est qu'au début les connaissances concernant un bon nombre des interventions possibles n'étaient pas tellement solides.

Nous avons maintenant des résultats venant de différents secteurs qui semblent très prometteurs mais beaucoup de ces interventions doivent encore être testées localement. Cela nécessite des ressources et de la collaboration. Je pense aussi que le gouvernement fédéral pourra s'engager dans ce domaine.

En ce qui concerne le développement des connaissances, il y a un aspect recherche; il y a la question de la diffusion des connaissances; du marketing social. Il s'agit dans tous ces cas de domaines où le gouvernement fédéral a une expérience considérable et a des spécialistes qui peuvent se pencher sur les questions de santé mentale.

Quant à la mobilisation des collectivités, nous comptons sur une étroite collaboration avec les associations bénévoles et professionnelles locales et nationales.

Toute stratégie doit être élaborée, mais c'est le genre de choses que nous avons envisagées à ce stade. Grâce aux consultations, nous découvrirons peut-être certaines choses auxquelles nous n'avions pas pensé ou que nous n'avions pas examinées. Il y a un côté ressources humaines à ne pas négliger. C'est important. Nous aurons besoin de ressources et de connaissances.

Mme Garrard: Nous sommes prêts à profiter de l'élan et du climat qui règnent aujourd'hui. On reconnaît maintenant le problème et on a les connaissances voulues pour intervenir rapidement et plus massivement.

Comme M. Lips l'a dit, nous commençons simplement à travailler à un consensus. Il y a beaucoup de piliers en place. Le gouvernement fédéral et Santé Canada pourraient certainement attirer davantage l'attention vers ce secteur.

Le président: Combien de temps prévoyez-vous pour l'élaboration d'une stratégie? Il est toujours bien d'avoir quelque chose dans le discours du Trône, mais le sénateur LeBreton et moi-même avons eu l'occasion d'en rédiger et c'est la raison pour laquelle nous n'y voyons pas forcément un signal très convaincant.

Le gros problème à Ottawa, c'est l'argent. M. Lips a parlé deux fois de ressources. Les ressources financières ont-elles sensiblement augmenté pour la santé mentale?

Mme Garrard: Non. On reconnaît le problème à Santé Canada et on a procédé à certaines réaffectations internes. Si l'on veut vraiment être efficaces, il faudra sensiblement augmenter les budgets.

Le président: Cela n'a pas encore été fait?

Ms Garrard: It has not yet been committed. We are looking at the opening in the Speech from the Throne as a promising signal. You are right; it competes with many other issues. For the federal government to be a serious player on this field there would have to be some serious resources. There do not have to be huge increases to see visible movement. We have been encouraged by increased data coming out of Statistics Canada on increased instances in improved surveillance.

The information dissemination on the Canada Health Network is another way of getting information out to the communities. We have a partnership with the provinces on all the related health issues, which include physical and mental health issues. The arena is ripe here. We would certainly be pushing it as far as we can from a bureaucratic perspective.

The Chairman: We have other ways of pushing it that may be useful. What is your timetable for the strategy?

Mr. Lips: We are working very hard to develop some kind of preliminary outline by the fall; or actually by summer, and then moving forward with that.

The Chairman: You mean summer next year?

Mr. Lips: No, we hope to have at least a general outline this summer.

The Chairman: That is good, because we can then talk to you when we continue our study in the fall.

Senator Graham: I am not quite as cynical as you are, Mr. Chairman.

It is one thing to recognize the need in the Speech from the Throne, which is an important step. Another thing, as the Chairman was suggesting, is: Are there budgetary amounts allocated for that specific purpose?

At the same time, you just do not take figures and throw them up against the wall and say, "Here is \$1 billion," and go out and do what you will with that amount of money. You must respond to specific proposals.

Have you been asked, or have you generated, specific proposals? I believe you indicated a moment ago that you were in the process of doing that. Perhaps you can expand on what you are doing in that area.

Mr. Lips: I am not sure to what extent I can expand beyond what I have said. We are beginning consultations and outlining possible strategies. Clearly, there is a big difference between recognizing the need and actually getting the resources to address it.

Ms Garrard: We expect our consultation to enrich the strategy and ideas and to give us a better sense of where the priority first steps are. We will be looking at some costing and options that will allow us to build a very convincing case for additional resources.

Senator Graham: I do not think the government will say, "Here is a bunch of money." They have to respond to specific proposals. This is part of the process.

Mme Garrard: Non. Nous considérons que la mention dans le discours du Trône est un signal prometteur. Vous avez raison: la concurrence est forte. Si le gouvernement fédéral veut être un acteur sérieux dans ce domaine, il va falloir y consacrer des ressources importantes. Il n'est toutefois pas nécessaire d'envisager des augmentations énormes pour constater un mouvement. Nous avons été encouragés par la multiplication des données en provenance de Statistique Canada qui témoignent d'une amélioration de la surveillance.

La dissémination de l'information sur le réseau de Santé Canada est une façon de transmettre des renseignements à la population. Nous avons un partenariat avec les provinces sur toutes les questions de santé, physique et mentale. Le climat est propice. Nous ferons tout ce que nous pouvons du point de vue bureaucratique.

Le président: Il y a d'autres façons de faire avancer le dossier qui pourraient être utiles. Quand pensez-vous que cette stratégie sera prête?

M. Lips: Nous faisons l'impossible pour essayer de parvenir à un tracé préliminaire d'ici à l'automne; ou même pour l'été, avant d'aller plus loin.

Le président: Vous voulez dire l'été prochain?

M. Lips: Non, nous espérons avoir les grandes lignes pour cet été.

Le président: C'est bien, parce que nous pourrions vous en reparler lorsque nous reprendrons notre étude à l'automne.

Le sénateur Graham: Je ne suis pas tout à fait aussi cynique que vous, monsieur le président.

Reconnaître le besoin dans le discours du Trône est déjà une étape importante. Ensuite, comme le disait le président, il faut savoir si l'on a le budget voulu pour remédier à ce besoin,

Par contre, on ne peut pas déclarer: «Voici un milliard de dollars», allez faire ce que vous voulez. Il faut répondre à des propositions précises.

Vous a-t-on demandé ou avez-vous formulé des propositions précises? Je crois que vous avez dit il y a un instant que vous étiez en train d'y travailler. Peut-être pourriez-vous nous dire ce que vous faites à ce sujet?

M. Lips: Je ne sais pas dans quelle mesure je puis vous en dire beaucoup plus. Nous avons entrepris des consultations et exposé les stratégies possibles. Il est évident qu'il y a une grosse différence entre reconnaître le besoin et obtenir effectivement les ressources pour y remédier.

Mme Garrard: Nous pensons que nos consultations nous permettront d'étoffer la stratégie et nos idées et nous permettront de mieux définir les premières priorités. Nous allons examiner certains coûts et options qui nous permettront d'avoir de bons arguments pour demander des ressources supplémentaires.

Le sénateur Graham: Je ne pense pas que le gouvernement va vous dire: «Voici une grosse somme». Il faut que vous lui fassiez des propositions spécifiques. Cela fait partie du processus.

The Chairman: Which is why I asked what the strategy would be.

Senator Graham: We will be making recommendations and we want to help you.

Ms Garrard: This will be taking place over the course of the summer and fall.

Senator Morin: I would like to talk about the health care delivery system. I realize it does not come under federal responsibility. At one time, as you know, the federal government was very much involved and actually covered the hospitalization of all psychiatric patients in the country. That is why, in Quebec, we sent all the orphans to hospitals. It was so that the federal government could pay for them.

We have moved away from that, not so much for scientific reasons but for economic reasons. I am sure. We have taken all these patients out of hospitals and sent them into the community. Of course, this is not covered by the Canada Health Act. There is very little direct federal money going into that.

There are acute problems apart from suicide and so forth. If you are looking at it from a delivery-of-care perspective, the major problem is that all these patients are now in the community. They are homeless.

A large proportion of social problems result from the fact that these patients who are no longer institutionalized are now in the community. The governments have saved on resources by not having to give them to the hospitals, but they did not take those resources and put them into the community. If you want to be simplistic, that is the problem of the health care delivery system.

We all say there should be community-based care. Of course there should be, that is where the patients are. It is not a big discovery. They were in the hospital before and now they are in the community. We must treat them.

There was a recent press release about a community-based approach in Victoria. Can you expand on that, please? What do you see as the federal role in terms of that approach? What are your comments on the situation?

Mr. Carl Lakaski, Senior Analyst, Mental Health, Health Human Resources Strategies Division — Health Policy and Communications Branch, Health Canada: From the federal perspective, there is an advisory committee structure that reports to the Conference of Deputy Ministers of Health. One of the advisory networks working groups is the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health. It consists of senior federal, provincial and territorial government officials from across the country who discuss mental health issues that have a national scope to them.

A couple of years ago we produced a document called, "Best Practices in Mental Health System Reform." It speaks directly to the issue you are talking about, senator. It looks at the core service requirements for a continuum of care from hospital to community. Those documents are currently being used in provincial capitals to

Le président: C'est la raison pour laquelle j'ai demandé ce que serait la stratégie.

Le sénateur Graham: Nous ferons des recommandations et nous aimerions vous aider.

Mme Garrard: Ce travail sera fait au cours de l'été et de l'automne.

Le sénateur Morin: J'aimerais parler du système de soins de santé. Je sais que cela ne relève pas de la compétence fédérale. À une certaine époque, comme vous le savez, le gouvernement fédéral couvrait l'hospitalisation de tous les malades psychiatriques au pays. C'est la raison pour laquelle, au Québec, nous envoyions tous les orphelins à l'hôpital. Afin que le gouvernement fédéral paie.

Nous avons cessé cela, pas tellement pour des raisons scientifiques, certainement plutôt pour des raisons économiques. Nous avons sorti tous ces patients des hôpitaux et les avons réintégrés dans la population. Évidemment, ce n'est pas couvert par la Loi canadienne sur la santé. Il y a très peu d'argent fédéral qui est directement consacré à cela.

Or les problèmes sont très graves, indépendamment du suicide et du reste. Si l'on considère la prestation de soins, le plus gros problème est que tous ces patients sont maintenant dans la rue. Sans abri.

Une grande partie des problèmes sociaux résultent du fait que ces patients qui ne sont plus hospitalisés se retrouvent au sein de la population. Les gouvernements ont fait des économies en ne les hospitalisant plus, mais n'ont pas réinvesti ces économies dans les services de soins communautaires. C'est l'explication simpliste du problème.

Nous parlons tous de soins communautaires. Il est évident qu'il en faut car c'est là que sont les patients. Ce n'est pas une grande découverte que l'on fait là. Ils étaient autrefois à l'hôpital et maintenant ils se trouvent dans la collectivité. Nous devons les traiter.

Il y a eu récemment un communiqué de presse sur un système communautaire à Victoria. Pourriez-vous nous en parler, s'il vous plaît? Quel serait à votre avis le rôle du gouvernement fédéral dans une telle démarche? Quels sont vos commentaires face à cette situation?

M. Carl Lakaski, analyste principal, santé mentale, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé — Direction générale de la politique de la santé et des communications, Santé Canada: Du point de vue fédéral, il y a un comité consultatif qui relève de la Conférence des sous-ministres de la Santé. Un des groupes de travail consultatifs est le réseau de consultation fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale. Il se compose de hauts fonctionnaires fédéraux, provinciaux et territoriaux de tout le pays qui discutent des questions de santé mentale qui ont une portée nationale.

Il y a deux ans, nous avons publié un document intitulé: «Examen des meilleures pratiques de la réforme des soins de la santé mentale». Il porte exactement sur ce que vous décrivez, sénateur. Sur la nécessité d'un continuum de soins entre l'hôpital et la collectivité. Les gouvernements provinciaux se servent

redesign their mental health systems. Not every provincial government responds to the full range of core options that we have recommended, however, they are picking and choosing them according to how well they fit into their current mental health system.

There are a number of system requirements that are necessary to have that kind of community-based system, including the appropriate kind of policy, the appropriate kind of governance and funding mechanisms in place, as well as monitoring and evaluation. Of course, there are human resource requirements, which are different than the human resource requirements that are required for the mental health system, which is heavily institutionally based.

The advisory network on mental health has been making progress. We have been working with them to develop model programs and standards.

Senator Morin: Under the Canada Health Act, the federal government protects hospital-based treatment and medical treatment. Is it not the case that for psychiatric patients these two areas are not important? What is important is community-based treatment which is not covered by the Canada Health Act.

Mr. Lakaski: That is not exactly the case. The Canada Health Act is still very important for people with mental disorders for the delivery of medically based mental health services.

Senator Morin: Drugs and nursing, to name but two, are not covered by the Canada Health Act.

Mr. Lakaski: I agree with you. Something like a pharma-care program and a home-care program that actually recognized people with mental disorders as legitimate clients would be very helpful, as would the integration of mental health services with primary care. This is something else the department is doing. We are supporting two initiatives that are attempting to integrate treatment and services to people with mental disorders more fully into the primary care system so that family physicians will not continually have to refer people with mental health problems to psychiatrists or specialists. They will be able to treat them directly within their offices.

[Translation]

Senator Pépin: I quite agree with the development of policies and the fact that work is being done at different levels of government. I am very happy to learn that, at present, initiatives are being undertaken with different governments to be able to care for in situ for those patients suffering from mental illnesses.

We know that the majority of patients are not in institutions, but are outside of institutions. At present, practically speaking, there is nothing. I am very happy to know that general practitioners will be able to attend to and monitor their patients and that these cases will not necessarily be referred to psychiatrists who, for the most part, do not go to see the patient. They must be consulted.

actuellement de ces documents pour réviser leur système de santé mentale. Toutes les administrations provinciales n'adoptent pas toutes nos recommandations, mais en sélectionnent certaines qui leur semblent pouvoir s'adapter à leur régime.

Un certain nombre de conditions s'imposent pour la mise en place d'un tel système communautaire. Il faut notamment la politique, l'administration et les mécanismes de financement appropriés ainsi qu'un système de suivi et d'évaluation. Il y a évidemment des besoins en ressources humaines qui sont différents de ceux du système de santé mentale qui repose beaucoup sur les hôpitaux.

Le réseau de consultation sur la santé mentale avance. Nous collaborons avec lui à l'élaboration de programmes modèles et de normes.

Le sénateur Morin: Aux termes des dispositions de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral protège les traitements à l'hôpital et les traitements médicaux. N'est-il pas vrai que, pour les patients psychiatriques, ces deux éléments ne soit pas importants? Ce qui est important, c'est le traitement communautaire qui n'est pas couvert par la Loi canadienne sur la santé.

M. Lakaski: Ce n'est pas exactement cela. La Loi canadienne sur la santé reste très importante pour les gens qui souffrent de troubles mentaux et qui ont besoin de services de santé mentale médicaux.

Le sénateur Morin: La Loi canadienne sur la santé n'assure pas les médicaments et les soins infirmiers.

M. Lakaski: En effet. Il serait très utile d'avoir un programme d'assurance-médicaments ou de soins à domicile à l'intention des personnes souffrant de troubles mentaux tout comme il serait utile d'intégrer les services de santé mentale dans les soins de première ligne. C'est autre chose que fait le ministère. Nous appuyons deux initiatives qui visent à intégrer les soins et les services aux personnes souffrant de troubles mentaux pleinement dans le système de soins de première ligne de sorte que les médecins de famille n'aient pas continuellement à diriger leurs patients qui ont ces problèmes vers des psychiatres ou des spécialistes. Ils pourront leur offrir des soins directement dans leurs bureaux.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis tout à fait d'accord avec le développement de politiques et le fait que l'on travaille à différents paliers de gouvernement. Je suis très heureuse d'apprendre qu'il y a actuellement des initiatives qui sont proposées en relation avec différents gouvernements afin d'être en mesure, sur le terrain, de s'occuper des patients ayant des problèmes mentaux.

Nous savons que la majorité des malades ne sont pas dans des institutions, mais sont en dehors des institutions. Présentement, au point de vue pratique, rien n'existe. Je suis très heureuse de savoir que des médecins pratiquant la médecine générale seront à même de suivre leurs patients et que les cas ne seront pas nécessairement référés aux psychiatres qui, pour la majorité, ne se déplacent pas. Il faut qu'ils soient consultés.

You are working on policy development, but will we be able to help young street people? Will they be monitored so that we can be sure that they are taking their medication? Will they have daily access to the services of nurses and of doctors?

One of the difficulties is that we are releasing these patients from institutions and we are putting them out on the street. At present, it is a given that their illness will recur and that we will not be able to cure them.

In the institution, they benefited from treatment and guidance that they no longer have. It is fine to develop policies, but are we able to do something very practical out in the field? The patient would definitely benefit from that.

[English]

Mr. Lakaski: Fortunately, or unfortunately, depending on your point of view, the various services that would be required to meet the demands you have discussed lie within the provincial domain. They have the jurisdictional responsibility for actually developing and delivering those services.

I agree that the majority of people in need of those kinds of services are in the community and not in the hospitals. I would not want to diminish the impact of medical treatments for people with mental disorders.

The full range of appropriate community-based mental health services is a decision that must be made at the provincial level. You are correct in stating that with the process of deinstitutionalization, the dollars did not follow the patients into the community. They were used for other purposes. We have no influence on how provincial governments will decide to use those dollars. All we can do is provide a national focus for the types of problems that are created when services are not provided to people who need them in the community.

[Translation]

Senator Pépin: I quite agree that there must be meetings to discuss approach policies and to talk about money. You tell us that you must focus on these priorities. The federal government and the provincial governments are not practical enough when it comes to setting out their programs. The people working in the field who need the services do not get them.

[English]

Mr. Lakaski: I can only agree that people out there are not getting those services. The problem is in developing mechanisms for ensuring that.

Senator Kirby, you mentioned earlier that you would be pleased to do anything you could to help. If you have any relations with the Parliamentary Standing Committee on Health, it would be nice if that committee would ask the Minister of Health — as has been recommended — to decide to study mental health issues.

Vous travaillez donc aux développements de politiques, mais sera-t-on en mesure d'entourer les jeunes dans la rue et pourront-ils bénéficier d'un suivi afin que l'on puisse s'assurer qu'ils prennent leurs médicaments? Auront-ils accès, quotidiennement, aux services d'infirmières ou de médecins?

L'une des difficultés est que nous sortons ces malades des institutions et les mettons sur la rue. Actuellement, c'est entendu qu'ils retomberont dans la maladie et que nous ne pourrions pas les guérir.

Ils bénéficiaient en institution d'un encadrement qu'ils n'ont plus. Je veux bien qu'on développe des politiques, mais sommes-nous en mesure de faire quelque chose de pratique sur le terrain? Définitivement, le malade en bénéficierait.

[Traduction]

M. Lakaski: Heureusement ou malheureusement, selon votre point de vue, les divers services nécessaires pour faire face aux demandes dont vous parlez relèvent des provinces. Celles-ci ont la responsabilité de mettre en place et d'offrir ces services.

Je conviens que la majorité des malades qui ont besoin de ce genre de services se trouvent chez eux et non à l'hôpital. Je ne veux pas réduire l'importance de soins médicaux pour les malades souffrant de troubles mentaux.

C'est au palier provincial que doit se prendre la décision d'offrir la gamme complète de services appropriés de santé mentale au niveau communautaire. Vous avez raison de dire que suite à la désinstitutionnalisation, le financement ne s'est pas retrouvé dans la communauté avec les patients. On a utilisé les budgets à d'autres fins. Nous ne sommes pas en mesure d'influer sur la façon dont les gouvernements provinciaux décident d'utiliser cet argent. Tout ce que nous pouvons faire, c'est donner une envergure nationale aux genres de problèmes qui se créent lorsque les services ne sont pas offerts dans la communauté à ceux qui en ont besoin.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je suis d'accord qu'il faut des rencontres, discuter des politiques d'approche et des sommes d'argent. Vous nous dites que vous devez vous centrer sur ces priorités. Le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ne sont pas assez pratiques lors de l'élaboration de leurs programmes. Les gens qui travaillent sur le terrain et qui ont besoin des services, ne les reçoivent pas.

[Traduction]

M. Lakaski: Je ne peux que reconnaître que ces personnes n'obtiennent pas ces services. Le problème consiste à élaborer des mécanismes qui le permettraient.

Sénateur Kirby, vous avez mentionné précédemment que vous seriez heureux de faire quelque chose pour nous aider. Si vous entretenez des relations avec le Comité permanent de la Chambre des communes sur la santé, il serait bien de le convaincre de demander au ministre de la Santé — comme il a été recommandé de le faire — de décider d'examiner les questions de santé mentale.

The ministry has the resources to launch a major study of mental health across this country. From what I gather, it has yet to decide whether to focus on mental health issues. If you have some influence, you could do some arm-twisting. That would be wonderful.

The Chairman: If that sort of specific suggestion, arm twisting within the government, would help, we would be glad to do it.

I have one supplementary question following up on Senator Pépin's question. I know we cover psychiatrists, because psychiatrists are doctors. Are the services of psychologists covered under provincial health care programs?

Mr. Lakaski: They are if those services are offered within general hospital settings.

The Chairman: Which is how much, 1 per cent? I am exaggerating to make a point. The answer is they are not covered.

Mr. Lakaski: The provinces under the Canada Health Act have the ability and the right to include the services of other mental health professionals, if they decide to do so. Obviously, because of cost containment, that is something they are probably not going to do.

The Chairman: Do you know if it is cost containment or lobbying by the psychiatrists to prevent others from getting into the field?

Mr. Lakaski: Over the last 10 years, psychiatrists have, in fact, adopted a much more comprehensive approach to the delivery of services.

The Chairman: I return to the days of chiropractors. Is this the chiropractor case again, or is this a money issue?

Mr. Lakaski: The fight occurs over things like being able to prescribe drugs. Psychiatrists maintain it is their responsibility as medical professionals to prescribe drugs and that responsibility should not be shared with psychologists.

The Chairman: It is a significant touch of the chiropractor issue. You put it more delicately than I did, but that is fine.

Senator Morin: I think psychiatrists are really overworked in this country. There is a tremendous shortage of psychiatrists everywhere, especially ones that are community-based. Most of them are hospital-based. As you said, it has changed. You see psychologists now in general hospitals — you did not see that before. They are present and they see patients. I do not think the problem is there. I think it is financial.

I do not think psychologists are asking for the right to prescribe. We have material here that indicates they do not ask for that. What they do ask for is the right to follow side effects. I do not think they are asking to prescribe drugs.

Mr. Lips: I just wanted to make a general point that we need to be careful not to get side-tracked into issues around fee-for-service. There is a whole issue around fee-for-service, its impact

Le ministère dispose des ressources nécessaires pour entreprendre une étude d'envergure, à l'échelle du pays, de la santé mentale. D'après ce que je peux voir, la décision n'a pas encore été prise de mettre l'accent sur les questions de santé mentale. Si vous avez de l'influence, vous pourriez exercer des pressions. Ce serait merveilleux.

Le président: Si vous croyez utile que nous exercions des pressions auprès du gouvernement, nous le ferons avec plaisir.

J'ai une question supplémentaire suite à la question du sénateur Pépin. Je sais que les psychiatres sont assurés, car ce sont des médecins. Est-ce que les services des psychologues sont assurés dans le cadre des programmes provinciaux de santé?

M. Lakaski: C'est le cas, si les services sont offerts en milieu hospitalier.

Le président: Ce qui représente, 1 p. 100? J'exagère. En fait, ces services ne sont pas assurés.

M. Lakaski: Aux termes de la Loi canadienne sur la santé, les provinces sont en mesure et ont le droit d'inclure les services des autres professionnels de la santé mentale, si elles le souhaitent. Évidemment, pour limiter les coûts, ce n'est sans doute pas une mesure qu'elles prendront.

Le président: S'agit-il de limiter les coûts ou s'agit-il des pressions qu'exercent les psychiatres pour empêcher d'autres professionnels de travailler dans ce domaine?

M. Lakaski: Au cours des 10 dernières années, les psychiatres ont en fait adopté une approche beaucoup plus globale de la prestation de services.

Le président: Je me souviens de l'époque des chiropraticiens. Est-ce la même chose ou est-ce une question d'argent?

M. Lakaski: Le litige porte sur la possibilité de prescrire des médicaments. Les psychiatres maintiennent qu'il est de leur ressort, comme médecins, de prescrire des médicaments et que cette responsabilité ne doit pas être partagée avec les psychologues.

Le président: C'est assez semblable à la question des chiropraticiens. Vous l'avez formulée de façon plus subtile, mais c'est parfait.

Le sénateur Morin: Je pense que les psychiatres sont surmenés dans ce pays. Il y a une pénurie grave de psychiatres partout, surtout dans la communauté. La plupart travaillent en milieu hospitalier. Comme vous l'avez dit, les choses ont changé. On voit maintenant dans les grands hôpitaux des psychologues — ce qui n'était pas le cas auparavant. Ils sont là et ils voient des patients. Le problème ne se situe pas à ce niveau. C'est plutôt une question financière.

Je ne pense pas que les psychologues réclament le droit de prescrire des médicaments. D'après la documentation ici, ce n'est pas le cas. Ce qu'ils demandent, c'est le droit de faire un suivi des effets secondaires. Je ne pense pas qu'ils demandent la possibilité de prescrire des médicaments.

M. Lips: Je voulais simplement faire valoir qu'il faut faire attention de ne pas dévier et tomber dans des questions de rémunération à l'acte. Il y a toute une polémique autour de la

on the existing health care system and whether it would solve the mental health problems of the country to expand the fee-for-service problem into several different disciplines. That is an open question.

Senator Callbeck: I want to ask about the work of a couple of committees that have representation from the federal government, the provinces and the territories. I am sure there are more than two set up, but there is an Advisory Network on Mental Health, and an advisory group on mental health and well-being of children. How long have those committees existed?

Mr. Lakaski: The Advisory Network on Mental Health has existed in one form or another for 25 years. Its status has changed from that of an informal committee to one that officially reported to the Conference of Deputy Ministers, and back to an informal committee now again reporting to the Conference of Deputy Ministers.

The advisory group on children and youth is a much more informal committee. It does not have a direct reporting relationship up the line to the Conference of Deputy Ministers as it now stands. It has met very infrequently and has only existed for maybe seven years.

Senator Callbeck: Every year they submit recommendations?

Mr. Lakaski: No, they do not necessarily submit recommendations. They develop work plans, and they do work in their respective areas. They do not necessarily submit recommendations to the Conference of Deputy Ministers.

Senator Callbeck: My understanding was that that advisory committee submitted recommendations to the Deputy Ministers and that the other group had recommendations to the Advisory Committee on Population Health. What happens to those recommendations, and what is the federal government's role in seeing that those recommendations are reviewed and something is done?

Mr. Lakaski: The Advisory Network on Mental Health has not made recommendations to the conference of Deputy Ministers. The one on children and youth does occasionally report, but not in a very systematic manner, to the population health committee. I am not sure what would happen to its suggestions or recommendations.

Senator Callbeck: What does the Advisory Network on Mental Health report to the deputy ministers?

Mr. Lakaski: It reports on what it has done and the work it is doing.

Senator Callbeck: It makes no recommendations?

Mr. Lakaski: They could. Because they have not done so to date does not mean they cannot make recommendations to the Conference of Deputy Ministers. I would like to emphasize that it is a provincial/territorial committee. They work on a consensus basis. Making any strong recommendations to the conference of

rémunération à l'acte, son incidence sur le régime actuel de soins de santé et la question de savoir s'il ne serait pas possible de résoudre les problèmes de santé mentale du pays si la rémunération à l'acte se faisait dans plusieurs disciplines. C'est discutable.

Le sénateur Callbeck: J'aimerais vous interroger au sujet des travaux de plusieurs comités où se trouvent représentés le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires. Je suis persuadée qu'il y en a plus que deux, mais je sais qu'il y a le Réseau de consultation sur la santé mentale, un groupe consultatif sur la santé mentale et la santé des enfants. Depuis quand existent ces comités?

M. Lakaski: Le Réseau de consultation sur la santé mentale existe, sous une forme ou une autre, depuis 25 ans. Ce qui était au départ un comité officieux est devenu un comité officiel faisant rapport à la conférence des sous-ministres, puis de nouveau un comité officieux qui fait rapport à la conférence des sous-ministres.

Le groupe consultatif sur les enfants et la jeunesse est un comité plus officieux encore. Ce groupe n'a aucun lien direct qui lui permette de faire rapport à la conférence des sous-ministres. Il se réunit peu fréquemment et n'existe que depuis sept ans peut-être.

Le sénateur Callbeck: Présente-t-il des recommandations chaque année?

M. Lakaski: Non, pas nécessairement. Le comité élabore des plans de travail, et travaille dans son domaine respectif. Il ne soumet pas nécessairement de recommandations à la conférence des sous-ministres.

Le sénateur Callbeck: J'avais cru comprendre que ce comité consultatif présentait des recommandations aux sous-ministres et que l'autre groupe présentait des recommandations au Comité consultatif sur la santé de la population. Qu'arrive-t-il de ces recommandations, quel est le rôle du gouvernement fédéral dans leur examen et un éventuel suivi?

M. Lakaski: Le Réseau de consultation sur la santé mentale n'a pas formulé de recommandations à l'intention de la conférence des sous-ministres. Le groupe sur les enfants et la jeunesse fait rapport à l'occasion, mais pas de façon très systématique, au comité sur la santé de la population. Je ne sais pas au juste quel sort est réservé à ces suggestions ou recommandations.

Le sénateur Callbeck: Est-ce que le Réseau de consultation sur la santé mentale fait rapport aux sous-ministres?

M. Lakaski: Il fait rapport du travail fait et du travail en cours.

Le sénateur Callbeck: Il n'y a pas de recommandations?

M. Lakaski: Le réseau pourrait en formuler. Ce n'est pas parce qu'il ne l'a pas fait jusqu'à présent qu'il ne pourrait pas soumettre des recommandations à la conférence des sous-ministres. Je tiens à souligner qu'il s'agit d'un comité provincial-territorial. On y travaille en tentant de parvenir à un consensus. La formulation de

Deputy Ministers requires that everyone be on board before those recommendations go forward.

Ms Garrard: I would comment generally about the work of all the advisory committees, and many report up to the Conference of Deputy Ministers of Health. I believe you heard of some of the others.

There is a huge competition at the ministers' and deputy ministers' table for any of the issues relating to health and what is the shared interest. Therefore, mental health issues compete with all the other issues. That may be symptomatic of where we are.

The particular groups to which Mr. Lakaski has referred are bringing together the government officials who are working directly in this area to work on shared interests. They have themselves determined their own priorities. Much of the work is collaborative and involves sharing the evidence and working on aspects of guidelines.

Many of our recommendations have gone to the Conference of Deputy Ministers with respect to primary reform, cost drivers, pharma-care, health and human resources, which have ripple effects on the mental health issues we brought to the table. I would not want you to think that there are no recommendations, because some have been made and have gone to those deputies that touch upon mental health.

Senator Callbeck: What is the federal role on those recommendations if they go to a provincial-territorial table?

Ms Garrard: We are one member around an FPT table. We are a different level of government and our role is different. Over the last number of years, it has changed, especially when there are additional resources, or if there is increased interest in health, or when there is an increase in the health budget. There has been a fair bit of active work collectively on the FPT table to improve aspects of health. We play a different role, for sure.

Senator LeBreton: Your slide, "Opportunities: New Climate for Action," Senator Kirby and I were joking about this, but I think it is significant in that this issue was raised in the Throne Speech. That is probably a first. In the whole area of new climate for action, we have had witnesses before us on the issue of genetic research. When we speak about mental health, how much of your efforts are to be put into preventive treatment? We obviously see this particular illness even in young people. Perhaps the cost to society and the cost in real dollars would be significantly less if we adopted a real preventive program.

Mr. Lips: That is an excellent point. Certainly, the main thrust of our strategy development, as we see it now, is towards mental

recommendations firmes à la conférence des sous-ministres exige que tous soient convaincus avant que les recommandations ne soient formulées.

Mme Garrard: J'aimerais faire un commentaire d'ordre général au sujet du travail de tous les comités consultatifs dont un bon nombre font rapport à la Conférence des sous-ministres de la Santé. Je pense que vous avez entendu parler de certains des autres comités.

La concurrence est énorme à la table de discussion des ministres et des sous-ministres entre toutes les questions qui portent sur la santé et qui peuvent présenter un intérêt commun. Par conséquent, les questions de santé mentale font concurrence aux autres questions. Cela montre sans doute bien où nous en sommes.

Les groupes dont a parlé M. Lakaski réunissent des représentants gouvernementaux qui travaillent directement dans ce domaine afin qu'ils se penchent sur des questions d'intérêt commun. Ils ont eux-mêmes déterminé leurs priorités. Une grande partie du travail se fait en collaboration, et entraîne le partage des données ainsi que l'examen de certains aspects des directives.

Un bon nombre de nos recommandations ont été transmises à la conférence des sous-ministres en ce qui concerne la réforme des soins de première ligne, les générateurs de coûts, l'assurance-médicaments, les ressources en santé et les ressources humaines qui se répercutent sur les questions de santé mentale que nous avons abordées. N'allez pas croire que nous n'avons formulé aucune recommandation, car certaines ont été faites au sous-ministre qui portaient sur la santé mentale.

Le sénateur Callbeck: Quel rôle joue le gouvernement fédéral si ces recommandations sont présentées à une table provinciale-territoriale?

Mme Garrard: Nous sommes un intervenant à la table fédérale-provinciale-territoriale. Nous sommes un palier différent et notre rôle est différent. Ce rôle évolue au fil des ans, surtout lorsque nous disposons de ressources supplémentaires ou si on constate un intérêt croissant dans la santé, ou s'il y a une augmentation dans les budgets de santé. La table fédérale-provinciale-territoriale a travaillé activement, de concert, afin d'améliorer les divers aspects de la santé. Nous jouons certainement un rôle.

Le sénateur LeBreton: Le sénateur Kirby et moi avons plaisanté au sujet de votre diapositive «Possibilités: Nouveau climat favorable à l'action», mais je crois important de noter que cette question a été abordée dans le discours du Trône. C'est probablement la première fois que cela se fait. Dans ce nouveau climat favorable à l'action, nous avons entendu des témoins sur la question de la recherche génétique. Lorsque nous parlons de la santé mentale, combien d'efforts consacrez-vous aux soins préventifs? Manifestement, cette maladie se retrouve même chez les jeunes. Si nous adoptions un véritable programme de prévention, les coûts seraient sans doute nettement moindres pour la société et en termes réels.

M. Lips: C'est là un excellent point. Il est certain que l'élément central de notre stratégie, à l'heure actuelle, c'est la promotion de

health promotion and prevention of mental health problems and disorders.

Prevention covers a wide spectrum of possible activities from the biomedical and genetic at one end to the psychosocial and environmental at the other. We would take a balanced approach.

I am aware that the Canadian Institutes of Health Research — the Institute on Neuroscience, Mental Health and Addiction, reflects that broad scope of research. I am sure that much of the research that is funded through that institute will address very basic neuroscience issues connected with mental health.

We want to ensure that the research addresses a broad spectrum, including the psychosocial interventions and the applied research. Certainly, we would, especially as a federal government with a limited role in health services delivery, look at focussing on mental health promotion and prevention.

Also, the literature indicates some very promising findings in terms of early intervention, even with the major mental illnesses, the psychoses. That is an area of great interest and focus.

Senator LeBreton: For people depression, and in other cases, people who have addictive tendencies, genetics could probably isolate a significant number of the population to predict with some accuracy that they might fall into these categories. Family doctors could be watching for such illnesses before there is any outward sign detected.

Mr. Lips: That is a double-edged sword. Despite the tremendous advances in genetics and genomics in recent years, we are not at the stage where we can predict even the psychosis that has a clear genetic dimension to it. There is a real downside to identifying people before they develop symptoms and labelling them. That must be looked at extremely carefully.

The other thing is that, without going into genetics, we know that depression correlates strongly with income, for example. It correlates with many psychosocial factors that do not require us to look at the genetic level.

We should not neglect those; we need to keep an eye on the genetics research and make sure that we exploit it as best we can. It should not distract us from what we know about psychosocial and economic determinants of health, where we do not need huge scientific breakthroughs to act.

This is an area for continuing research and for careful ethical scrutiny, when it comes to predicting mental illness.

Senator LeBreton: I am pleased to see the whole stigma of this illness disappearing. I read somewhere — possibly in a U.S. study — about gender. The study showed that women had a higher incidence of anxiety and depression. I wonder whether the stigma factor comes into play for men who may be just as susceptible. The stigma factor allows that they are not as

la santé mentale et la prévention des problèmes et troubles de santé mentale.

La prévention englobe toute une gamme d'activités possibles, de l'aspect biomédical et génétique à l'aspect psychosocial et environnemental. Nous devons adopter une approche équilibrée.

Je sais que les Instituts de recherche en santé du Canada — l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies reflète la vaste portée de cette recherche. Je suis persuadé qu'une grande partie de la recherche financée par cet institut portera sur les aspects fondamentaux en neurosciences qui traitent de la santé mentale.

Nous voulons nous assurer que la recherche soit très globale et comprenne les interventions psychosociales et la recherche appliquée. Comme un gouvernement fédéral, nous avons manifestement un rôle limité à jouer dans la prestation des services de santé, et donc nous mettrons l'accent sur la promotion et la prévention en matière de santé mentale.

En outre, les écrits révèlent des constatations très prometteuses au niveau de l'intervention précoce, même dans le cas des graves maladies mentales telles les psychoses. C'est un domaine de grand intérêt.

Le sénateur LeBreton: Pour les malades qui souffrent de dépression, et dans d'autres cas, pour ceux qui ont tendance à la dépendance, la génétique permettra probablement d'identifier un segment important de cette population afin de prédire avec une certaine exactitude qui pourrait faire partie de ces catégories. Les médecins de famille pourraient tenter de déceler de telles maladies avant qu'il y en ait des signes clairs.

M. Lips: C'est une arme à double tranchant. Malgré les progrès énormes ces dernières années dans les domaines de la génétique et de la génomique, nous n'en sommes pas à une étape où nous pouvons prédire même la psychose qui comporte une dimension génétique claire. Il y a un réel problème à identifier les personnes avant qu'elles présentent des symptômes et ainsi de les identifier. Il faut examiner cette question avec grand soin.

L'autre chose c'est que sans entrer dans l'aspect génétique, nous savons que la dépression est fortement liée au revenu. Il y a une corrélation entre de nombreux facteurs psychosociaux qui nous évitent de devoir examiner l'aspect génétique.

Il ne faut pas négliger ces facteurs; il faut surveiller la recherche en génétique et veiller à en tirer le meilleur parti possible. Il ne faudrait toutefois pas oublier pour autant les déterminants psychosociaux et économiques de la santé que nous connaissons déjà et sur lesquels nous pouvons agir sans attendre des percées scientifiques.

Il faut donc poursuivre la recherche et continuer à scruter les considérations éthiques quand il s'agit de prévoir les déterminants de la maladie mentale.

Le sénateur LeBreton: Je suis heureuse de constater que cette maladie n'est plus un sujet de honte comme elle l'était. J'ai lu quelque part — peut-être dans une étude américaine — qu'il y avait une différence entre les sexes. L'étude montrait que les femmes étaient plus sujettes à l'anxiété et à la dépression. Je me demande si la honte entre en ligne de compte chez les hommes,

detectable in the statistical data. Perhaps women are less fearful of seeking help.

Do you have, in your statistical database, information to indicate whether that stigma may apply more to men than to women?

Mr. Lips: You have flagged an important issue. There are important gender-based differences in mental health and mental illness. I was asked to mention the report funded by the Women's Centres of Excellence for Women's Health, "Hearing Voices: Mental Health Care for Women." The report brings out some of those very points — not only the different expression of mental illness in men and women, but the different reaction to mental illness when men and women seek service. This is obviously a very important thing that we must pursue. There are not only biological differences, but also cultural and systemic differences in the way of mental health.

Senator LeBreton: There are societal differences as well.

Mr. Lips: Yes, there are societal differences. That is an important issue that we need to address.

Senator LeBreton: In order to make men feel more comfortable, would it be a part of the whole program of public education?

Mr. Lips: Research has shown that men are much less likely to seek help.

Senator Morin: We must be declared sick; we should declare ourselves sick.

Senator Pépin: You cannot do that.

The Chairman: For clarification, you said that there is a direct correlation between depression and income. I assume we are only talking about adults. It is my understanding that, if you look at children, the depression problem among children is not correlated with the income of the parents. Is that correct?

Mr. Lips: There are studies that indicate both may be correct. That may be confounding factors.

The Chairman: Really, I was trying to understand depression among children. Is it as common among well-off families as it is among the poor? I know that is not true for adults.

Mr. Lips: One issue, when we talk about depression, is that we are talking about a very broad spectrum of mental health problems, ranging from problems that are pretty clearly biological to problems that may be partly biological and partly psychosocial to problems that may be pretty much entirely psychosocial — learned responses. It is hard to generalize.

qui y sont peut-être en fait tout aussi sujets. Ce facteur fait en sorte que la maladie n'est pas aussi facile à repérer dans les données statistiques concernant les hommes. Peut-être que les femmes ont moins peur de demander de l'aide.

Avez-vous dans vos données statistiques, des informations qui indiqueraient que le facteur de la honte entrerait plus en ligne de compte chez les hommes que chez les femmes?

M. Lips: Vous soulevez une question importante. Il existe des différences appréciables entre les sexes pour ce qui est de la santé mentale et de la maladie mentale. On m'a demandé de vous parler du rapport financé par le Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes intitulé «Hearing Voices: Mental Health Care for Women». Ce rapport fait justement ressortir certains de ces aspects — non seulement la maladie mentale s'exprime-t-elle différemment chez les hommes et les femmes, mais la réaction à la maladie mentale est différente selon que c'est un homme ou une femme qui demande de l'aide. Il s'agit clairement là d'un facteur très important qu'il faut explorer. Il y a non seulement des différences biologiques, mais aussi des différences culturelles et systémiques qui influent sur la santé mentale.

Le sénateur LeBreton: Il y a aussi des différences sociétales.

M. Lips: Oui, il y a des différences sociétales. C'est une question importante qu'il nous faut approfondir.

Le sénateur LeBreton: Pour que les hommes se sentent plus à l'aise, faudrait-il qu'ils soient particulièrement ciblés par le programme d'éducation publique?

M. Lips: Les recherches montrent que les hommes sont moins susceptibles de demander de l'aide.

Le sénateur Morin: Il faut que quelqu'un d'autre déclare que nous sommes malades, nous devrions pouvoir nous déclarer malade nous-mêmes.

Le sénateur Pépin: Vous ne pouvez pas faire cela.

Le président: Je veux être sûr de bien comprendre. Vous avez indiqué qu'il y a une corrélation directe entre la dépression et le revenu. Je suppose que cette affirmation vaut uniquement pour les adultes. D'après ce que j'en sais, le problème de la dépression chez les enfants n'a aucun rapport avec le revenu des parents. Cette évaluation est-elle juste?

M. Lips: Selon les études sur le sujet, les deux évaluations pourraient être justes. Il pourrait y avoir des facteurs qui brouillent les cartes.

Le président: J'essaie de comprendre le problème de la dépression chez les enfants. Est-il aussi fréquent chez les familles nanties que chez les familles pauvres? Je sais que ce n'est pas le cas des adultes.

M. Lips: Quand on parle de dépression, il ne faut pas oublier que ce terme englobe une vaste multitude de problèmes de santé mentale, depuis ceux qui sont assez manifestement d'origine biologique en passant par ceux qui sont d'origine en partie biologique et en partie psychosociale, jusqu'à ceux qui sont à toutes fins utiles d'origine uniquement psychosociale — les réactions acquises — il est difficile de généraliser.

In terms of biological illness, it does not discriminate much between social classes. We would expect these other dimensions of depression to vary by social class.

Senator Pépin: We know that 20 per cent of children who suffer from mental illness.

[Translation]

A specific risk factor with children is poverty. Would living in a multi-ethnic family also constitute a risk factor? If children live in a family where there is a violent environment, they can certainly become disturbed. I would like to know what can be done to lessen these risks. At present, are the federal and provincial governments taking the necessary steps to help these groups? How can we help them?

You have spoken about prevention. One of the most important things is to begin to deal with children. There are factors which may make them predisposed to psychological problems. You seem not to agree with the idea that children from different ethnic groups are at greater risk.

[English]

Mr. Lips: You mentioned as risk factors, poverty and ethnic nature of the family. First, I do not think the research shows that belonging to a particular ethnic group is a risk factor for mental illness, at least among children. I would be hesitant about that.

The Chairman: Does that include Aboriginals?

Mr. Lips: It is not a question of ethnicity. I think it is a question of social determinants. Obviously, ethnicity has an impact on your social situation, your life experience. If you are an immigrant, for example, there are psychosocial issues related to how well you are accepted. Do you experience racism as a child in school? Do you have difficulty communicating because English or French is not your first language?

The research shows that children in single-parent families are more at risk and this seems to be not just a function of income. It seems to apply even when income is accounted for.

One of the things the federal government did over the last many years was publish a booklet entitled *Helping Children Cope with Separation and Divorce*. It was one of our most popular mental health interventions. We published thousands of those books. There is a hunger for information to help children cope with these situations.

We know that children of parents who have mental illness are also at risk. There have been programs at the community level through some provincial governments aimed at addressing that population and trying to insulate and inoculate these children against the problems that they will face.

Dans le cas des maladies d'origine biologique, il n'y a à peu près pas de distinction entre les classes sociales. La classe sociale serait toutefois un facteur dans les autres catégories de dépression.

Le sénateur Pépin: Nous savons que 20 p. 100 des enfants qui souffrent d'une maladie mentale

[Français]

Le facteur de risque, chez les enfants, est particulièrement la pauvreté. Le fait de vivre dans une famille multiethnique est-il également un facteur de risque? Si les enfants vivent dans une famille où la violence est présente, cela peut certainement les perturber. J'aimerais savoir ce qu'on peut faire pour réduire ces risques? Est-ce qu'actuellement, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux prennent les mesures nécessaires pour aider ces groupes? Comment peut-on les aider?

Vous parlez de prévention. Une des choses les plus importantes est de commencer à s'occuper des enfants. Il existe des facteurs qui peuvent les prédisposer à souffrir de problèmes psychologiques. Vous ne semblez pas être d'accord avec l'idée que les enfants venant de différents groupes ethniques sont plus à risque.

[Traduction]

M. Lips: Vous avez parlé de la pauvreté et de l'origine ethnique de la famille comme étant des facteurs de risque. Tout d'abord, je ne crois pas que les recherches confirment que le fait d'appartenir à un groupe ethnique particulier est un facteur de risque pour la maladie mentale, du moins pas chez les enfants. J'hésiterais à faire cette affirmation.

Le président: Y compris le fait d'être Autochtone?

M. Lips: Ce n'est pas une question d'origine ethnique, mais plutôt de déterminants sociaux. Naturellement, l'origine ethnique influe sur la situation sociale, sur l'expérience de vie. Ainsi, quand on est émigrant, le fait d'être accepté ou rejeté par la société a un effet psychosocial. Le fait d'avoir été victime de racisme quand on était à l'école a un effet, tout comme le fait d'avoir du mal à communiquer parce qu'on a une première langue autre que l'anglais ou le français.

Les recherches révèlent que les enfants vivant dans des familles monoparentales sont plus à risque que les autres, et il semble que le revenu ne soit pas le seul facteur déterminant. Le risque vaut même qu'on tient compte du revenu.

Parmi les mesures que le gouvernement fédéral a prises au fil des ans, il convient de signaler la publication d'un livret recommandant des moyens d'aider les enfants à affronter la séparation et le divorce. C'est une de nos interventions en santé mentale qui a eu le plus de succès. Nous avons publié des milliers de ces livrets. On a soif d'information sur les moyens d'aider les enfants à affronter ces situations.

Nous savons que les enfants dont les parents ont une maladie mentale sont aussi à risque. Divers programmes leur sont offerts dans la collectivité, en collaboration avec certains gouvernements provinciaux, afin de les aider à faire face aux problèmes qu'ils auront plus tard.

Exposing children to violence in the home is not good for their mental health at any time. There is an interdepartmental family violence initiative that has tried to address problems of that nature. There are programs at the federal level addressing racism and diversity. In a general way, many of those risk factors have been addressed, but there is plenty of room in addressing them in a more focussed way from a mental health perspective.

[Translation]

Senator Pépin: I was a member of the committee on children and divorce. I know that, at the beginning of 2002, we are going to conduct a follow-up and make some very relevant recommendations. We said that, during a separation, the children and the family had to have significant follow-up. We do hope that this will be one of the recommendations that will be implemented.

Looking at our population, we realize that it is indeed aging, and that the majority of people will be older than 65 very soon. At present, are governments thinking of this perspective? Is thought being given to Alzheimer's, and to the depression that is often suffered by the elderly? Have any plans been made as to what to do about this? What should be avoided when we discuss prevention for the elderly?

[English]

Ms Garrard: Many provincial governments have begun to address the issue of Alzheimer's specifically because of its unique care requirements, which include has both health care and mental health. Certainly, in the early stages of Alzheimer's, there is a mental health component. People who are caring for someone with Alzheimer's have a mental health component. When you look at the total package, there are caregiving issues, formal care issues, and diseases management issues.

A number of provinces have set in place an Alzheimer's strategy, which is a multi-dimensional strategy. From a federal perspective, we continue to do surveillance on this issue. We have funded a study on health and aging to specifically look at issues of aging and Alzheimer's and it is becoming one of priorities on the health table, but it is still competing. We do know that as increasing numbers of people pass the age of 80, there will be an increase in the volume of people suffering from Alzheimer's. It is quite a dramatic increase. It is something that, as a country, we need to be prepared for across the service delivery system.

Mr. Lips: The picture with respect to mental health for seniors is quite mixed. It is often assumed that aging is inevitably associated with declining mental health. The survey data do not bear that out. In fact, there has been a shift in reported distress and depression as reported in the National Population Health Survey. In the past seniors would have ranked higher in distress and depression, now it is actually young people who rank highest.

Le fait d'être exposé à la violence familiale n'est jamais bon pour la santé mentale des enfants. Nous avons un programme interministériel qui cherche justement à s'attaquer aux problèmes liés à la violence familiale. Il n'existe pas de programmes fédéraux concernant le racisme et la diversité. Beaucoup de ces facteurs de risque sont pris en compte dans certaines mesures générales, mais il y aurait certainement lieu de s'y attaquer de façon plus ciblée dans l'optique de la santé mentale.

[Français]

Le sénateur Pépin: J'étais membre du comité pour les enfants et le divorce. Je sais qu'au début de l'année 2002, nous devrons en faire un suivi et émettre des recommandations très pertinentes. On disait qu'il fallait que les enfants et la famille aient un suivi très important au moment d'une séparation. On espère que ce sera une des recommandations qui seront mises en application.

Lorsqu'on regarde notre population, on réalise que de plus en plus, on s'en va vers le troisième âge et que la majorité de la population aura plus de 65 ans très bientôt. Actuellement, les différents gouvernements se penchent-ils sur cette perspective? Parle-t-on de la maladie d'Alzheimer, ainsi que des dépressions que subissent souvent les personnes âgées? A-t-on déjà planifié les moyens à prendre à cet égard? Quelles choses sont à éviter lorsqu'on parle de prévention auprès des personnes du troisième âge?

[Traduction]

Mme Garrard: Beaucoup de gouvernements provinciaux ont entrepris de s'attaquer à l'Alzheimer à cause des soins particuliers qu'exige cette maladie, qui influe sur la santé tant physique que mentale. Dans ses premières manifestations, la maladie comporte une dimension santé mentale. Cette dimension intervient dans le cas de ceux qui doivent s'occuper d'une personne souffrant de l'Alzheimer. De manière générale, il y a des questions qui se posent relativement aux aidants naturels, aux soins en établissement et à la gestion de la maladie.

Un certain nombre de provinces ont en place une stratégie relative à l'Alzheimer qui est multidimensionnelle. Du point de vue fédéral, nous continuons à suivre le dossier de près. Nous avons financé une étude sur la santé et le vieillissement qui devait porter tout particulièrement sur le vieillissement et l'Alzheimer, qui est en train de devenir une des principales préoccupations de santé, même si elle n'est pas la seule. Nous savons que, plus il y a de gens qui vivent au-delà de 80 ans, plus il y a en aura qui souffriront de l'Alzheimer. L'augmentation est radicale. C'est une éventualité à laquelle nous devons nous préparer en tant que société afin d'assurer les soins de santé requis.

M. Lips: La situation en ce qui a trait à la santé mentale des aînés est loin d'être nette. Bien souvent, on suppose que le vieillissement s'accompagne inévitablement d'un affaiblissement de l'état de santé mentale. Les données des enquêtes ne confirment toutefois pas cette hypothèse. L'Enquête nationale sur la santé de la population indique d'ailleurs un changement important pour ce qui est du nombre de personnes souffrant de détresse et de dépression. Par le passé, c'est chez les aînés que les cas de détresse et de dépression étaient les plus fréquents, alors que, de nos jours, ce sont plutôt les jeunes qui sont touchés.

That could reflect a number of different things. It could reflect measures over the last many years to improve the economic and social security of seniors. It could reflect many things about the economic and social security of adolescents and young people.

Alzheimer's is perhaps the biggest single thing on the horizon. It is a huge problem. It has a mental health dimension, although I would not characterize it primarily as a mental health problem in our terms.

Depression and suicide are issues for the very aged. The highest rates of suicide are for men older than 80. In general, as I say, it is a mixed picture. In some ways, mental health seems to have improved among seniors in the past couple of decades.

Senator Pépin: I am very happy to hear that.

Senator Graham: I am also somewhat comforted by the last comment and by the chart to which I want to return.

Mr. Lakaski, you have mentioned that the federal government really has no influence on how provincial governments use the money that may be allocated in this regard. What kind of role does the federal government have in supporting community-based care for the mentally ill?

Mr. Lakaski: Again, we rely on the knowledge-development role, monitoring and evaluation, standards, talking about models of appropriate services. It is my understanding that we cannot direct provincial governments to put certain services into place; it is their decision to do so. They can be moved in that direction by an evidence base indicating that these kinds of services and programs would deal with the problems they are facing.

Across this country, mental health system reform is ongoing and has been for the last several years. The interest has definitely been in putting into place services in the community to deal with the mental health problems of the population.

The pace may not be as fast as we would like, but they are certainly responding to those issues as best they can, given the resources that they have. Certainly, as reflected in the deliberations of the Advisory Network on Mental Health, there is a progressive attitude towards this issue, which is in accord with the best scientific evidence we have in terms of the different kinds of treatment options and service options that people should be offered. I am referring to the chart on page 5. You begin your survey at page 12. Your first category is 12 to 17. Have you any statistics with respect to, for instance, the group 8 to 12 or ages lower than those shown here? Is there any particular reason that you did not include such a group on this chart?

Ce changement pourrait être attribuable à divers facteurs. Ainsi, il pourrait être le résultat des mesures prises ces dernières années pour améliorer la sécurité socio-économique des aînés. Il pourrait aussi être lié à divers aspects de la sécurité socio-économique des adolescents et des jeunes gens.

L'Alzheimer est peut-être le plus important phénomène à l'horizon. C'est un énorme problème, qui comprend une dimension santé mentale, même si je ne considère pas que c'est d'abord et avant tout un problème de santé mentale.

La dépression et le suicide sont un problème chez les personnes très âgées. C'est chez les hommes de plus de 80 ans que le taux de suicide est le plus élevé. Dans l'ensemble, comme je l'ai dit, la situation est loin d'être nette. À certains égards, l'état de santé mentale des aînés semble s'être amélioré depuis vingt ans.

Le sénateur Pépin: Je suis très heureuse de l'apprendre.

Le sénateur Graham: Je suis aussi quelque peu rassuré par cette dernière observation et par le graphique auquel je veux d'ailleurs revenir.

Monsieur Lakaski, vous avez dit que le gouvernement fédéral n'a vraiment aucune influence sur l'utilisation que les gouvernements provinciaux font de l'argent qui leur est accordé à ce titre. Quel est le rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est d'appuyer les soins communautaires destinés aux malades mentaux?

M. Lakaski: Encore là, nous misons sur son rôle dans le domaine du développement des connaissances, de la surveillance et de l'évaluation, de l'élaboration de normes et de la discussion sur les modèles de service qui conviennent. Je comprends que nous ne pouvons pas ordonner aux provinces de mettre certains services en place; cela relève de leur compétence. Nous pouvons toutefois les amener à s'engager dans cette voie en leur présentant des données montrant que tels ou tels services ou programmes permettraient de régler certains problèmes auxquels elles se heurtent.

La réforme du système des soins de santé mentale se poursuit au Canada depuis plusieurs années. L'effort à ce chapitre privilégie certainement la mise en place à l'échelle locale des services requis pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale de la population.

Les responsables n'avancent peut-être pas aussi vite que nous le voudrions, mais ils tentent certainement de s'attaquer aux problèmes du mieux qu'ils peuvent dans les limites des ressources dont ils disposent. En tout cas, les délibérations du Réseau de consultation sur la santé mentale témoignent d'une attitude progressiste à l'égard de ce dossier, qui correspond aux meilleures données scientifiques que nous ayons sur les diverses possibilités de traitement et formes de service qu'il faudrait offrir à la population. Dans le graphique de la page 5, vous commencez à l'âge de 12 ans. La première catégorie est celle des 12 à 17 ans. Avez-vous des données statistiques en ce qui a trait, par exemple, au groupe des 8 à 12 ans ou aux enfants plus jeunes? Y a-t-il une raison pour laquelle vous n'avez pas inclus les plus jeunes dans le graphique?

Mr. Lakaski: You are talking about the height of stress, urban and rural.

Senator Graham: Yes.

Mr. Lakaski: One of the problems in Canada, and one of the problems that I hope our strategy will address, is that we do not have the appropriate monitoring or data gathering systems in place to enable us to provide us with a time series covering the range of issues that we would like to have. Frequently, when you see gaps, it is because we do not have the data. We do not have the information to put in place.

Senator Graham: Would it be useful to have that?

Mr. Lakaski: Oh, yes.

Senator Graham: We often talk about the formative years or the most important years among young people being at the very beginning, whether at the age of two, three, four or eight to twelve. I think it would be very important and interesting, but specifically important, to have that kind of analysis.

Mr. Lips: There are initiatives underway to improve health surveillance among children. One of the surveys is the National Longitudinal Study Survey of Children and Youth. I would expect that this study would, in the years ahead, provide us with more of the kind of information that you are looking for.

The Chairman: That is a perfect example of the role of the federal government on the research side. No one can argue that it is a jurisdictional issue.

I thank all of you for coming. We look forward to seeing you in the fall when you have the strategy. I am glad you told me when you were going to get it done.

Senators, we have one other panel. The Senate sits at 1:30 today, so we must end at 1:25. I suggest to the presenters, who have given us some excellent briefs, that they compress their presentation. You have all been in the room and understand the nature of this particular group is that they like to ask questions.

I will suggest that we begin with Mr. Upshall and Ms Pape as a joint presentation on behalf of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, followed by Mr. Ross, Assistant Deputy Minister of the Department of Health and Wellness for the Province of New Brunswick. Mr. Ross, we had your Deputy Minister before us a few weeks ago. Then we will finish with Mr. Service.

Mr. Phil Upshall, Chair, Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health: Honourable senators, I appreciate the opportunity to appear before you, and the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health appreciates the opportunity to present before you this morning.

The discussion on depression, bipolar depression and issues that arise from living with that illness are personal to me. It is an issue that I am able to discuss at this stage of my life, and if there were

M. Lakaski: Vous parlez de la détresse profonde, en milieu urbain et rural?

Le sénateur Graham: Oui.

M. Lakaski: Un des problèmes qui se posent au Canada et auquel nous espérons nous attaquer avec notre stratégie, c'est l'absence de systèmes convenables de contrôle ou de collecte de données qui nous fourniraient une série chronologique portant sur la multitude de questions qui nous intéressent. Bien souvent, quand il y a des manques, c'est parce que nous n'avons pas les données. Nous n'avons pas les informations qu'il faudrait inclure.

Le sénateur Graham: Serait-il utile de les avoir?

M. Lakaski: Oh, oui.

Le sénateur Graham: Il est souvent question de l'importance des premières années, que ce soit deux ans, trois, quatre ou huit à douze, dans le développement ultérieur. Il me semble qu'il serait très important et intéressant, mais surtout important, d'avoir une analyse de ce genre.

M. Lips: Certaines mesures sont déjà en cours en vue d'améliorer la surveillance de la santé chez les enfants. Nous avons notamment l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes qui s'intéresse à cet aspect. D'ici quelques années, cette enquête devrait nous fournir davantage de renseignements du genre de ce que vous souhaiteriez.

Le président: Voilà un exemple parfait du rôle du gouvernement fédéral du côté de la recherche. Personne ne peut s'y opposer en invoquant le partage des compétences.

Je vous remercie tous de votre présence ici aujourd'hui. Nous nous reverrons de nouveau à l'automne quand vous aurez élaboré votre stratégie. Je suis heureux que vous m'ayez indiqué à quel moment elle serait prête.

Sénateurs, nous avons un autre groupe à entendre. Le Sénat siège à 13 h 30 aujourd'hui, si bien que nous devons lever la séance à 13 h 25. J'invite nos témoins, puisqu'ils nous ont remis d'excellents mémoires, à nous résumer leur propos. Vous étiez tous dans la salle et vous avez pu constater que le groupe ici présent aime bien poser des questions.

Je propose que nous commençons par M. Upshall et Mme Pape qui nous présenteront conjointement un exposé au nom de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, qui seront suivis de M. Ross, sous-ministre adjoint, ministère de la Santé et du Mieux-être de la province du Nouveau-Brunswick. Monsieur Ross, votre sous-ministre est venu témoigner devant nous il y a quelques semaines. Puis, nous terminerons par M. Service.

M. Phil Upshall, président du conseil, Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale: Honorables sénateurs, je vous suis reconnaissant de me donner l'occasion de venir témoigner devant vous, et l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale vous est aussi reconnaissante de pouvoir vous présenter un exposé ce matin.

La dépression, la bipolarité et les problèmes qui en découlent sont des réalités que je connais bien pour les avoir vécues. Ce sont des problèmes dont je suis en mesure de vous parler à ce stade-ci

interest, I would be happy to talk about it from a male perspective. I can assure you that it is a unique perspective.

Here today with me is Ms Bonnie Pape from the Canadian Mental Health Association and a member of the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health, as well as several other members of the Alliance.

You may recall that I appeared before you last year when you were dealing with Bill C-13. I told you at that time that the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health is a unique advocacy operation in Ottawa because we are vertically organized. We have professionals, service providers and consumer survivor groups. Because of that construction, we are able to provide incisive advice and advocacy for our issues.

One of our difficulties, however, is that because we are not horizontally structured, it is difficult to find funding money. With cutbacks in the late 1990s, it has been difficult for the individual associations to keep up their services. If you are looking for recommendations, one of the recommendations you could make is to suggest that groups like ours receive some type of base support so that we can continue our advocacy.

Last year, while we were talking about Bill C-13, I filed our call to action. I believe you all have copies of it. It should be useful to our discussion. You may recall that your report indicated specifically that the committee supports raising the profile and status of mental health issues within the medical and research community and, accordingly, suggested the governing Council of Canadian Institutes of Health Research pay special attention to mental illness and mental health.

We certainly appreciated that recommendation. As you know, the Institute for Neurosciences, Mental Health and Addictions was structured, and I am fortunate to be a member of that institute's advisory board. We have had a number of meetings. It is a huge institute. If you have any questions in that regard, I would be happy to try to respond or provide you with information that could assist your deliberations.

One of the other documents that we filed with you last year was a copy of a workshop document that we had put together to promote a new surveillance system on mental health and mental illness issues. That document is in the hands of Health Canada. Again, if the committee is looking for a recommendation, we hope that you would see fit to suggest that Canada needs a surveillance system and that Health Canada work towards putting that in place at its earliest possible opportunity.

de ma vie et, si cela vous intéresse, je pourrais vous en parler dans une perspective masculine. Je vous assure que c'est une perspective qui ne ressemble à aucune autre.

Je suis accompagné aujourd'hui de Mme Bonnie Pape, de l'Association canadienne pour la santé mentale, qui est membre de l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, ainsi que de plusieurs autres membres de notre Alliance.

Vous vous souviendrez que j'ai témoigné devant vous l'an dernier quand vous étudiez le projet de loi C-13. Je vous avais expliqué à l'époque que l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale est un organisme de revendication unique en son genre à Ottawa à cause de sa structure verticale. Elle regroupe des professionnels, des fournisseurs de service ainsi que des groupes de consommateurs qui ont survécu à la maladie mentale. Nous avons donc une connaissance intime des dossiers qui nous intéressent et nous sommes en mesure de donner des conseils et de recommander des mesures en toute connaissance de cause.

Un des problèmes auquel nous nous heurtons, cependant, tient au manque d'horizontalité de notre structure qui fait en sorte qu'il est difficile pour nous d'obtenir des fonds. Les réductions budgétaires de la fin des années 90 ont fait en sorte que nos associations membres ont du mal à maintenir leurs services. Si vous cherchez à obtenir des recommandations quant aux orientations futures, vous pourriez notamment recommander que des groupes comme le nôtre reçoivent une certaine forme de soutien de base pour que nous puissions poursuivre notre travail de revendication.

L'an dernier, quand vous étiez saisi du projet de loi C-13, j'ai déposé notre appel à l'action. Je crois que vous en avez tous reçu le texte. Ce document devrait pouvoir éclairer notre discussion. Vous vous souviendrez que, dans votre rapport, vous aviez bien indiqué votre appui à l'idée de sensibiliser les milieux médicaux et ceux de la recherche à la nature et à l'importance des problèmes de santé mentale et que vous aviez en conséquence recommandé au conseil d'administration des Instituts de recherche en santé du Canada d'accorder une attention particulière à la maladie mentale et à la santé mentale.

Nous étions très heureux de cette recommandation. Comme vous le savez, l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies a été mis sur pied, et j'ai le bonheur de siéger à son conseil d'administration. Nous avons déjà eu plusieurs réunions. C'est un institut de taille. Si vous avez des questions à ce sujet, je serais heureux d'essayer d'y répondre ou de vous fournir des informations qui pourraient vous être utiles dans vos délibérations.

Nous avons aussi déposé auprès de votre comité l'an dernier le rapport d'un atelier où nous préconisons l'établissement d'un nouveau système de surveillance des questions liées à la santé mentale et à la maladie mentale. Vous pourriez vous procurer le document auprès de Santé Canada. Encore là, et si vous êtes à la recherche de recommandations, nous espérons que vous jugerez bon de dire que le Canada a besoin d'un système de surveillance et de recommander que Santé Canada s'emploie à mettre sur pied pareil système dans les meilleurs délais.

I will ask Ms Pape to provide you with an overview of the brief that we have filed with you. We are here today to answer any questions you have. I would be remiss if I did not express the appreciation of the Canadian Alliance of Mental Illness and Mental Health to the Federal/Provincial/Territorial Advisory Network on Mental Health, and particularly to Carl Lakaski and Ken Ross. They have assisted our organization, provided us with incentive to produce the call to action and been very supportive along the line. Their assistance could be even greater if their level of priority within the government structure was improved. With that, I will ask Ms Pape to take over.

Ms Bonnie Pape, Canadian Mental Health Association: Honourable senators, it is useful that we heard our Health Canada colleagues first, because the discussion was very informative and your questions were excellent. Much of what you have discussed is in our brief. I promise not to repeat it, as much as possible.

We can add two things. I remember your question, Mr. Chairman, to the Health Canada team about whether there were any specific proposals. Our call to action contains a semi-specific proposal about what we would like to see in terms of a national action strategy. We will focus on that.

In addition, I think something we bring that is qualitatively different is who we are. We are not academics. We are not policy-makers, particularly. We are the people who live with these issues. We are the consumers, the family members, and the people who work at the community level. We know from our own experience what the impacts and the burden are. We will not talk too much about the numbers, which you know well. You have also heard about the impact and the burden. I heard from what you said that you do understand it. If you want to hear it from the streets, that is the perspective that we can bring.

In terms of following along with the brief, I will skip right through and just touch on the burden as we see it. This is on your page 3.

We see every day the suffering that goes along with mental illness — the suicide, the disability and the poverty. You can hear about these things theoretically at the associations. However, the suffering associated with mental illness has a profound impact on people. I know many of you have seen it in your communities. I think we all know about the impact of mental health problems, the less disabling situations that also impact our lives, disrupt them and impact productivity. We will deal with all of those issues.

The Health Canada witnesses touched on human resource demands. We do not need to elaborate on that; you have heard that in other venues. There is also the proliferation of knowledge. I

Je vais demander à Mme Pape de vous donner un aperçu du mémoire que nous avons déposé auprès du comité. Nous sommes ici aujourd'hui pour répondre aux questions que vous voudriez nous poser. Je m'en voudrais de ne pas vous dire à quel point l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale apprécie le travail du Réseau fédéral-provincial-territorial de consultation sur la santé mentale, et particulièrement celui de Carl Lakaski et Ken Ross. Ils nous ont aidés, nous ont incités à produire notre document d'appel à l'action et nous ont beaucoup appuyés dans toutes nos activités. Ils auraient pu nous apporter une aide encore plus importante si le réseau se trouvait plus haut dans l'échelle des priorités du gouvernement. Cela dit, je cède la parole à Mme Pape.

Mme Bonnie Pape, Association canadienne pour la santé mentale: Honorables sénateurs, c'est bien que nous ayons entendu nos collègues de Santé Canada avant de nous présenter devant vous, car la discussion a été très intéressante et vos questions étaient excellentes. Beaucoup des questions que vous avez abordées se retrouvent dans notre mémoire. Je m'engage à éviter autant que possible de répéter ce qui a déjà été dit.

Nous pouvons toutefois ajouter deux éléments. Je me souviens de la question que vous avez posée aux représentants de Santé Canada, monsieur le président, à savoir s'ils avaient des recommandations précises à vous faire. Dans notre document d'appel à l'action, nous formulons une recommandation assez précise quant à ce qui devrait être inclus dans une stratégie d'action nationale. C'est donc de cette recommandation que nous allons vous parler.

De plus, ce qui nous différencie, je crois, sur le plan qualitatif, c'est ce que nous sommes. Nous ne sommes pas des théoriciens. Nous ne sommes pas particulièrement des décideurs, mais nous vivons ces problèmes. Nous sommes les consommateurs, les familles et ceux et celles qui travaillent au niveau communautaire. Nous connaissons d'expérience les conséquences et les problèmes. Nous ne parlerons pas trop chiffres, car vous les connaissez. On vous a aussi déjà parlé des conséquences et des problèmes. Si je vous ai bien entendu, vous les comprenez. Ce que nous pouvons vous apporter, c'est la réalité quotidienne.

Si vous voulez suivre notre mémoire, je saute quelques pages pour passer directement au problème. C'est à la page 3.

Nous constatons tous les jours les souffrances qui accompagnent les maladies mentales — les suicides, les invalidités et la pauvreté. Les associations peuvent vous en parler de manière théorique. Cependant, l'incidence des souffrances associées aux maladies mentales touche les gens au plus profond. Je sais que pour la plupart, vous avez pu le constater dans votre propre milieu. Nous connaissons tous l'incidence des problèmes de santé mentale, les problèmes moins invalidants qui ont aussi une incidence sur nos vies, les bouleversent et affectent la productivité. C'est de toutes ces questions que nous voulons vous parler.

Les représentants de Santé Canada vous ont parlé des problèmes de ressources humaines. Nous n'y reviendrons pas, vous en avez déjà entendu maintes fois parler. Il y a également la

know other groups might be talking about how the knowledge base is increasing and the fact that it is available electronically, which implies that we really must ensure that the latest and best evidence is applied in our approaches. That is another pressure on the system that we expect will increase in the future.

We will focus on what I think is a more distinctive aspect of our own issues. That is the need for a holistic approach. Granted, access to services is vital, and is not adequate at this point. However, what we heard, even in the previous discussion, about the importance of the psychosocial elements implies that simply increasing and improving the service system is not enough.

It is interesting to ask people who have had mental health problems, or who have mental illness, what is important in their lives in keeping them healthy. They talk about determinants of health. They do not call them the determinants of health, but they talk about the service system, and treatment. They also talk about the need for an adequate income, housing, social support and the personal coping skills and health practices that can help them maintain their mental health. Those are the kinds of things that we all need. The service system needs to create strategies that can help these things happen.

Another factor that has been emerging in the past 10 years is this concept of recovery. Recovery is probably not new. I would say that it has been happening for many years but maybe not referred to by that term. Recently, consumers have been writing about their own recovery. This personal writing has been validated by studies that show the course of serious mental illness does not necessarily need to be a declining one. People can get better — not that their illness is gone, but they can take charge of their lives. The illness does not control them but they can control the illness and its effects, in terms of their lives and the psychosocial aspects.

This also implies that the system needs to respond not just with treatments, which is one of the factors in recovery, but also with other responses that deal with not just relieving symptoms but with discrimination, poverty, segregation and promotes choice and self-help, as well as wellness. These are all factors that people talk about when they talk about what helps them recover.

This sounds like a big slate to fill for health services or mental health services. The Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health is hopeful, although we see the burden, we live with the suffering and we frankly are discouraged about some of the situations. We do believe that there are ways out of this. The way that we see makes the most sense is to have a national strategy. This fits very well with the way Health Canada is talking and we are delighted to hear that.

Before a national strategy can take place, we believe we need a national dialogue. We believe there is a growing consensus among Canadians about what needs to happen, but we need to hear that.

prolifération des connaissances. Je sais que d'autres groupes viendront peut-être vous parler de l'accroissement de la base de connaissances et du fait que désormais tout est disponible électroniquement, ce qui implique qu'il nous faut absolument nous assurer d'utiliser les derniers et les meilleurs résultats dans nos démarches. C'est une pression supplémentaire qui se fera de plus en plus sentir.

Nous allons vous parler plutôt d'une nécessité qui nous concerne plus distinctivement. La nécessité d'une approche holistique. Bien sûr, l'accès aux services est vital et n'est pas adéquat pour le moment. Cependant, ce que nous avons entendu dire, même lors de la discussion précédente, à propos de l'importance des éléments psychosociaux implique qu'une simple augmentation et une simple amélioration des services ne suffit pas.

Il est intéressant de demander à ceux et celles qui ont souffert de problèmes de santé mentale, ou qui souffrent de maladie mentale, ce qui est vital pour leur santé. Ils vous répondent que ce sont les déterminants de la santé. Ils ne les appellent pas des déterminants de la santé en tant que tels, mais ils parlent de services et de traitements. Ils vous parlent aussi de la nécessité de revenus, de logements et de soutien social suffisants, de choses indispensables à apprendre et à faire pour préserver leur santé mentale. C'est le genre de chose dont nous avons tous besoin. Il faut que les services offerts par le système suivent des stratégies qui visent ce but.

Un autre facteur qui a émergé au cours des 10 dernières années est celui du concept de rétablissement. Ce concept n'est probablement pas nouveau. Cela fait des années qu'il existe, mais on ne le qualifiait pas par ce vocable. Dernièrement, des consommateurs ont décrit leur propre rétablissement. Ces descriptions ont été validées par des études qui démontrent que les maladies mentales graves ne sont pas forcément irréversibles. La situation peut s'améliorer — non pas que la maladie disparaît, mais les malades arrivent à se prendre en charge. La maladie ne les contrôle plus et ils arrivent à la contrôler, à en contrôler les effets sur leur vie et sur leur environnement psychosocial.

D'où la nécessité pour le système de ne pas répondre uniquement par un traitement qui est un des facteurs de rétablissement, mais aussi sous des formes qui ne visent pas simplement à atténuer les symptômes, mais à s'attaquer à la discrimination, la pauvreté, la ségrégation et à promouvoir des méthodes autorisant une certaine autonomie et un certain bien-être social. Ce sont toutes ces choses qui les aident à se rétablir.

Cela peut paraître une tâche énorme pour les services de santé ou les services de santé mentale. L'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne est optimiste malgré les problèmes, les souffrances et, pour être franc, le découragement devant certaines situations. Nous pensons qu'il y a des solutions. Pour nous, la solution la plus logique, c'est une stratégie nationale. Cela semble très bien s'inscrire dans la philosophie de Santé Canada et nous en sommes ravis.

Avant qu'une stratégie nationale ne puisse être mise en place, nous croyons à la nécessité d'un dialogue national. Nous pensons que le consensus sur cette nécessité est de plus en plus réel, mais

We need to understand what Canadians are saying. That can inform the development of a national strategy.

This has not happened yet, but the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health has proposed some plans that we are suggesting could reasonably be part of a national strategy. Those plans also have been covered partly by what the Health Canada team talked about: A national research agenda, a national information base, a national public education strategy — Mr. Lips called it “mental health literacy” — and a national policy infrastructure. We have divided it into those four areas, but I know you have covered many of them in your discussion earlier.

I will take a couple of seconds to tell you this story. When the chairman asked if it is happening in Canada, it made me think of what happened in our office this week. We hired someone new to look at policy. As a first step in informing herself, she had gone to the web to look at how other organizations and other countries are framing their policies. She came back to me and said that she had found a national policy for Australia, New Zealand and Britain, and had gone to the different government department sites but could not find Canada's. She wanted to know where it was. We had to tell her it was not there yet. It is clear that it is a strategy that seems to be working for other countries.

The policy infrastructure is one I want to give you an example about. That is a broad way of approaching mental health and mental illness. Essentially, it speaks to the need for national guidelines or standards in certain areas, such as innovation, human resources or promoting self-help.

The example I want to touch on is home care. I know you are hearing a significant amount about home care these days. I know it is a wonderful approach that has much potential. I want to tell you, though, that in general it is not working for people with mental illness at this point. People with mental illness often are not eligible for home care unless they have another primary diagnosis. When they do get home care, the services are often not appropriate to mental illness, which has very specific needs.

That is tragic because we know from small pilot studies that home care can make a big difference in the lives of people with mental illness, particularly those with complex needs. Home care can even prevent the need for institutionalization.

Senator Morin: Is there a difference between community care and home care in your mind? If so, what is it?

Ms Pape: Community care might be broader. Home care specifically refers to care in the person's home. Of course, it implies a person must have a home, which is another story.

il faut le dire. Il faut comprendre ce que disent les Canadiens et le prendre en compte dans l'élaboration de cette stratégie nationale.

Nous n'en sommes pas encore là, mais l'Alliance pour la maladie mentale et la santé mentale canadienne a fait certaines propositions qu'il serait, selon elle, raisonnable d'inclure dans cette stratégie nationale. Les représentants de Santé Canada vous ont déjà dit quelques mots tout à l'heure sur ces propositions: un plan d'action de recherche nationale, une base de données nationale, une stratégie nationale d'éducation du public — M. Lips a parlé de «sensibilisation à la santé mentale» — et une infrastructure de politique nationale. Nous les avons réparties en quatre secteurs, mais je sais que vous en avez déjà beaucoup parlé pendant la discussion précédente.

Permettez-moi de prendre une seconde ou deux pour vous raconter l'histoire suivante. Lorsque le président a demandé si c'était ce qui se passait au Canada, cela m'a rappelé ce qui est arrivé dans notre bureau cette semaine. Nous avons embauché une nouvelle personne pour étudier la politique. Comme première mesure pour s'informer, elle est allée sur le Web pour voir comment d'autres organismes et d'autres pays structuraient leurs politiques. Elle m'a dit avoir trouvé une politique nationale pour l'Australie, la Nouvelle-Zélande et la Grande-Bretagne et qu'elle s'était rendue sur les différents sites des ministères gouvernementaux, mais qu'elle n'avait pas pu trouver le site du Canada. Elle voulait savoir où le trouver. Nous avons dû lui dire qu'il n'y en avait pas encore. Il est clair que c'est une stratégie qui semble marcher pour d'autres pays.

Je tiens à vous donner un exemple à propos de l'infrastructure stratégique. C'est une approche globale de la santé mentale et de la maladie mentale. Pour l'essentiel, il s'agit de la nécessité de directives ou de normes nationales dans certains domaines comme l'innovation, les ressources humaines ou la promotion de moyens permettant une certaine autonomie.

L'exemple dont je veux vous parler est celui des soins à domicile. Je sais qu'on vous parle beaucoup de soins à domicile en ce moment. Je sais que c'est une merveilleuse approche au fort potentiel. Cependant je tiens à vous dire que, d'une manière générale, cela ne vaut pas pour le moment pour les gens souffrant de maladie mentale. Souvent les gens souffrant de maladie mentale n'ont pas droit aux soins à domicile à moins qu'il n'ait un autre diagnostic primaire. Lorsqu'ils ont droit à des soins à domicile, les services ne sont pas toujours appropriés pour les maladies mentales qui correspondent à des besoins très particuliers.

C'est tragique car de petites études pilotes ont démontré que les soins à domicile pouvaient grandement améliorer la vie des malades mentaux, surtout ceux dont les besoins sont complexes. Les soins à domicile peuvent même parfois prévenir la nécessité d'un placement en institution.

Le sénateur Morin: Y a-t-il une différence selon vous entre les soins communautaires et les soins à domicile? Dans l'affirmative, quelle est-elle?

Mme Pape: Les soins communautaires sont plus généraux. Les soins à domicile se réfèrent spécifiquement aux soins dispensés au patient chez lui. Bien entendu, cela implique la nécessité

Community care might reach out to the community as well. Lately, I think home care does try to reach out to the community.

Senator Morin: Much of what I am hearing now is for mental illness, community care, then you seem to put more emphasis on home care more than on community care.

Senator Graham: Could you give us an example of community care?

Senator Morin: Give us an example of both.

Ms Pape: Community care could be much broader; it could be community programs that deal with not just the person's home life, but with the ability to find employment, to find education, recreation.

We are suggesting that if there were national guidelines for home care that ensured access and appropriate kinds of supports it could make a big difference in people's lives. This is a reasonable, legitimate role for the federal government to play.

We wanted to discuss special populations. I will not talk too much about our Aboriginal peoples because you have had that discussion. I will only emphasize, as you well know, that they know best what is needed for their population and must be included from the beginning, of course.

You have also touched on children and youth. I want to frame this subject in terms of the fact that we have this knowledge practice gap with children and youth. There is a difference between what we know and what we do. We know that the kind of interventions you were talking about earlier do work. The research shows that with children and youth. They not only relieve suffering in the present, but can help prevent future problems. There is a double "bang for the buck there." However, children and youth are very low on our national agenda. The mental health needs of this group are not even mentioned in the national children's agenda. It is alarming that 20 years ago the distress of children and youth was at the lowest end of the population while today it is at the highest. Something is not working and it does not make sense because we know what works. I know Mr. Lips mentioned early psychosis intervention. It is a very promising strategy. It is starting to be implemented in Canada.

A national strategy could help spread the information across Canada. There are some standard ways to approach this so that people would know what the best practices are. They would know what the research says and that we have a strong approach to early psychosis intervention.

I am leaving you with an urgent call for a national strategy on mental illness and mental health. To repeat what is in our brief, we are urging you to first, endorse the need for immediate national action as proposed in our call to action. Second, recommend to the federal government that it take leadership action in building a strategy on mental illness and mental health. Third, recommend

d'avoir un domicile, ce qui est une autre histoire. Les soins communautaires peuvent impliquer aussi la communauté elle-même. Je crois que dernièrement la tendance est d'essayer d'impliquer la communauté dans les soins à domicile.

Le sénateur Morin: Nous parlons surtout de santé mentale, en ce moment, et vous semblez donner plus d'importance aux soins à domicile qu'aux soins communautaires.

Le sénateur Graham: Pourriez-vous nous donner un exemple de soins communautaires?

Le sénateur Morin: Donnez-nous un exemple des deux.

Mme Pape: Les soins communautaires c'est beaucoup plus large; il peut y avoir des programmes de soutien à domicile, mais aussi des programmes d'aide à l'emploi, d'éducation, de loisirs.

Nous disons que s'il y avait des directives nationales pour les soins à domicile qui assurent l'accès et qui offrent le genre de soutien approprié cela pourrait faire toute une différence dans la vie des gens. C'est un rôle à jouer pour le gouvernement fédéral tout à fait raisonnable et légitime.

Nous voulions vous parler des populations à besoins spéciaux. Je ne vous parlerai pas trop des peuples autochtones, car vous en avez déjà discuté. Je rappellerais simplement, comme vous le savez fort bien, que ce sont eux qui connaissent le mieux les besoins de leur population et qui doivent être inclus dès le début, bien entendu.

Vous avez également parlé des enfants et des jeunes. Nous savons qu'il y a un fossé à combler avec les enfants et les jeunes. Ce que nous savons est différent de ce que nous faisons. Nous savons que le genre d'intervention dont vous avez parlé tout à l'heure donne des résultats. Les recherches sur les enfants et les jeunes le prouvent. Non seulement ces interventions atténuent-elles les souffrances du moment, mais elles peuvent permettre de prévenir les problèmes futurs. Les résultats sont donc doubles. Cependant, les enfants et les jeunes occupent un rang très inférieur dans le plan d'action national. Les besoins de santé mentale de ce groupe ne sont même pas mentionnés dans le plan d'action national pour les enfants. Il est alarmant de constater qu'il y a 20 ans la détresse des enfants et des jeunes était au dernier rang des problèmes de la population alors qu'aujourd'hui elle arrive en première place. Il y a quelque chose qui ne marche pas et c'est absurde parce que nous savons ce qui marche. M. Lips a parlé d'intervention psychique précoce. C'est une stratégie pleine de promesses. Elle commence à être appliquée au Canada.

Une stratégie nationale permettrait de diffuser l'information au Canada. Il y a certains moyens normatifs d'approche qui permettraient aux intéressés d'être informés des meilleures méthodes. Ils apprendraient les résultats des recherches et sauraient que nous avons une excellente méthode d'intervention psychique précoce à proposer.

Je vous lancerai, en guise de conclusion, un appel urgent en faveur d'une stratégie nationale pour la maladie mentale et la santé mentale. Pour répéter ce qui se trouve dans notre mémoire, nous vous prions, pour commencer, d'appuyer la nécessité d'un plan d'action national immédiat du genre que celui que nous proposons. Deuxièmement, de recommander au gouvernement

that the visibility of mental health and mental illness issues within Health Canada and other federal government departments be increased. Fourth, recommend greater interdepartmental and intergovernmental collaboration, which is necessary to address the needs and the issues that impact the mental health of Canadians. Doing so will make a big difference in the lives of Canadians.

The Chairman: Thank you. Our next presentation is from Ken Ross, Assistant Deputy Minister in New Brunswick. We are always delighted to have provincial public servants appear.

Mr. Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services, New Brunswick Department of Health and Wellness: Honourable senators, I will not talk about the challenges. I think that Ms Pape and our colleagues at the federal level eloquently stated it. It is in my brief to you.

I want to talk about a balanced approach in a couple of contexts. The first is that we do not do too badly when people come into crisis and need for service. I can say that across the country there are excellent pockets of practice where assertive community treatment is a form of community care. We have mobile teams that respond to crisis. We have in-patient and ambulatory care.

We seem to fail dramatically in the key determinants of health. People must be healthy in society and mentally healthy. The senators have expressed it. It is housing, income, vocational opportunities, education, social inclusion and links to other parts of the community. We do not do a good job in that, and there is an opportunity here to move forward.

There has been a dramatic downsizing in our tertiary hospitals. Different provinces have handled it in different fashions. In my province a decade ago, 75 per cent of all expenditures for mental health went to two tertiary psychiatric hospitals, 25 per cent went to 13 community health clinics and seven regional hospital psychiatric units.

Today that figure is exactly reversed. There is 25 per cent in the two hospitals. There is 50 per cent in the community mental health centres. There is 25 per cent in the psychiatric units. It can be done.

When we look at a balanced approach, though, we need to understand that we are not talking only about balance in the context of provision of care. We are talking about a balance of stakeholder ownership and contribution. I think that you have heard reference to that during the last presentations.

In this context, I am referring to people who use the system, consumer survivors, their family and significant others, community members who are very concerned and interested in

fédéral qu'il prenne l'initiative d'élaborer une stratégie pour la santé mentale et la maladie mentale. Troisièmement, de recommander que la visibilité des questions de maladie mentale et de santé mentale à Santé Canada et d'autres ministères fédéraux soit accrue. Quatrièmement, de recommander une plus grande collaboration interministérielle et intergouvernementale, collaboration nécessaire pour répondre aux besoins et aux problèmes qui affectent la santé mentale des Canadiens. Les Canadiens ne pourront qu'y trouver leur compte dans leur vie quotidienne.

Le président: Merci. Le suivant est Ken Ross, sous-ministre adjoint du Nouveau-Brunswick. Nous sommes toujours enchantés d'accueillir des fonctionnaires provinciaux.

M. Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale, ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick: Honorables sénateurs, je ne parlerai pas des défis. Je crois que Mme Pape et nos collègues du palier fédéral en ont parlé avec éloquence. Vous pourrez voir ce que j'en dis dans mon mémoire.

Je tiens à vous parler de la nécessité d'une approche équilibrée dans un ou deux contextes. Premièrement, nous ne nous défendons pas trop mal en cas de crise et de besoin de services. Je crois pouvoir dire que dans le pays il y a d'excellentes poches de pratique où le traitement communautaire affirmatif est une forme de soins communautaires. Nous avons des équipes mobiles qui répondent aux crises. Nous offrons des soins en établissement et hors établissement.

Nous semblons échouer de manière dramatique au niveau des déterminants clés de la santé. Dans notre société il faut être en bonne santé physique et mentale. Les sénateurs l'ont bien dit. Il y a le logement, le revenu, les possibilités professionnelles, l'éducation, l'inclusion sociale et les liens avec d'autres secteurs de la communauté. Nous ne faisons pas un bon travail à ce niveau et nous avons aujourd'hui la possibilité de faire avancer les choses.

Il a eu une réduction spectaculaire du nombre de nos hôpitaux tertiaires. Les provinces ont essayé de régler le problème de manière différente. Dans ma province, il y a 10 ans, deux hôpitaux psychiatriques tertiaires absorbaient 75 p. 100 du total des dépenses de santé mentale, 13 cliniques communautaires et sept unités psychiatriques d'hôpitaux régionaux en absorbaient 25 p. 100.

Aujourd'hui c'est exactement le contraire. Les deux hôpitaux n'absorbent plus que 25 p. 100. Les centres communautaires de santé mentale absorbent 50 p. 100 et les unités psychiatriques, 25 p. 100. C'est donc possible.

Si nous envisageons une approche équilibrée, cependant, il faut comprendre qu'il ne s'agit pas simplement d'un équilibre dans le contexte de la prestation des soins. Il s'agit d'un équilibre entre intervenant et contribution. Je crois que cette référence a déjà été évoquée pendant les derniers témoignages.

Dans ce contexte, je veux parler des utilisateurs, de leurs survivants, de leur famille et des autres membres importants de la collectivité qui s'intéressent énormément à ces questions de

mental health and mental illness issues and people from the formal service system, the caregivers.

We need to understand that we have much better gains in society when we bring scientific, experiential, customary and traditional knowledge to the table. We have used that as a working model in our province for a decade. Two things happen when people from those jurisdictions come together. First, everything that we are discussing is improved because not one of us is as smart as all of us. Second, it is difficult to obtain consensus in a pluralistic society. That is part of our uniqueness as Canadians. We find that people will come away from discussion and debate, sometimes heated, with a better understanding and appreciation of where the other person's view and vision is coming from. That goes a long way in terms of arriving at consensus to move on problems and seek solutions.

We have some tremendous opportunities to build. There is a somewhat unanimous voice among the voluntary and NGO sector, the consumer survival sector, and the government sector, whether provincial, territorial or federal. That is a unique opportunity. That does not exist in other aspects of our health care system.

To build on that, we must recognize that we have some outstanding evidence, reports and plans. You heard reference to them today from the advisory network and some of its publications.

«A Call to Action» is another example. The Canadian Mental Health Association developed a very powerful series in the mid-1980s called the «Framework for Support.» We do not lack intellectual energy or knowledge. We lack the action to make it have a meaningful impact in people's lives. I have attached in my brief, the paradigm that comes from the «Framework for Support.» I think this is the most useful paradigm to develop social capital that we have today. It can be transferred to areas other than mental health. It is applicable to many areas.

In this paradigm, the person is at the centre and stakeholders work in the interests of a person. They work not from a moral obligation to assist the person in need. Stakeholders include family members, consumer survivors, formal systems of which I am a part and the community at large — churches, overnight shelters, boys and girls clubs, YM/YWCAs, social clubs. They are the richness of our community and fabric.

When you bring these forces together and start to develop trust and common ground to work on reciprocity occurs. We start to see good things happen at lower cost because people are interested in moving ahead in the interests of the individual. They are not interested in staking out territory or their organizational claim to something. They are looking at an idea that if you help me, I will help you. That is a very powerful buy-in.

We have an opportunity to do that as partners. There are a number of things that will need to change for that to occur.

maladie et de santé mentales ainsi que des représentants du système de services officiel, les prestataires de soins.

Il faut comprendre que la société a beaucoup à gagner à faire participer aux discussions les détenteurs des connaissances scientifiques, expérimentales, coutumières et traditionnelles. Nous nous en sommes servis comme modèle de travail dans notre province pendant une décennie. Deux choses arrivent quand toutes ces personnes sont réunies. Premièrement, la discussion ne peut qu'en profiter car collectivement nous sommes plus intelligents qu'individuellement. Deuxièmement, il est difficile de parvenir au consensus dans une société pluraliste. C'est un élément unique de la société canadienne. Nous constatons qu'après ces discussions et ces débats, parfois animés, tout le monde a une meilleure compréhension et une meilleure appréciation des différents points de vue et des différentes visions. Cela permet d'arriver plus vite à un consensus sur la nature des problèmes et des solutions à trouver.

Il y a d'énormes connaissances sur lesquelles bâtir. Il y a une voix quasi-unanime qui réunit le secteur du bénévolat et des ONG, le secteur des survivants et le secteur gouvernemental, qu'il soit provincial, territorial ou fédéral. C'est une chance unique. Elle n'existe nulle part ailleurs dans notre système de santé publique.

Pour en tirer profit, il faut admettre la réalité de preuves, de rapports et de plans remarquables. Des exemples vous en ont été donnés aujourd'hui par le réseau consultatif et certaines de ces publications.

«A call to Action» (Un appel à l'action) est un autre exemple. L'Association canadienne pour la santé mentale a publié une série de documents très importants dans les années 80 intitulée «Framework for Support». Je crois que c'est le paradigme le plus utile pour faire fructifier notre capital social. Il peut être transféré à des domaines autres que la santé mentale. Il est applicable à de nombreux domaines.

Dans ce paradigme, la personne est au centre et les intervenants travaillent dans l'intérêt de cette personne. Ils ne travaillent pas par obligation morale d'assistance à une personne dans le besoin. Les intervenants incluent les membres de la famille, les survivants, les systèmes officiels dont je fais partie et l'ensemble de la collectivité — les églises, les abris de nuit, les clubs de garçons et de filles, les YMCA et YWCA, les associations de charité. Ils sont la richesse de notre collectivité et de notre tissu social.

Si vous réunissez ces forces pour instaurer la confiance et mettre en commun les énergies, il y a réciprocité. C'est le début de bonnes initiatives à moindre coût car l'objectif devient l'action dans l'intérêt des patients. Se constituer un territoire où réclamer quelque chose au nom de leur organisme ne les intéresse pas. Ils voient que s'ils vous aident, vous les aiderez. C'est un stimulant très puissant.

Nous pouvons agir ensemble mais il faudra qu'un certain nombre de choses changent pour y arriver.

In our country, we are overwhelmed with demand and supply. Before we go running to throw more money at problems, I would suggest that we look at how the supply is currently being used. I will use a quick snippet in terms of professional role change that will give some idea of where we need to apply this in terms of the mental health system.

We have problems in terms of recruitment of psychiatrists, child psychiatrists in particular. We have access problems, particularly in rural areas. We also need to change the practice modality. We really need to impact on solo office-based practice or solo intervention-based practice. We need to start linking the networks so that interdisciplinary teams work with psychiatrists. We need to adopt models of "shared care," such as the CPA has advocated, where the primary care physician has the benefit of skilled specialists such as a psychiatrist who could then transfer some of that knowledge and intervention to a much broader audience. We need to use telepsychiatry and telemental health to reach into remote areas.

Another opportunity upon which we should focus is some partnerships that are developing in this field. There is more constituent accord today than ever before, which is extremely important from a public policy point of view. If we could get political will to back up that constituent accord, I think that some dramatic changes would happen.

I will leave you with three areas that we could build on in a collaborative fashion by government sectors, federal, provincial and territorial, the NGO or voluntary sector and the informal sector such as consumer and family movements.

The first one is stigma. I have been in this field for about 25 years in both public and private settings. It is much different today than it was 25 years ago. There is a much better dialogue, but we still have a way to go. I would suggest that this issue bears the importance that a national anti-smoking campaign bears, for example. There is a role for the federal government because I saw Health Canada on an ad last night about anti-smoking as I was watching a show with my daughter. We need to concentrate on the issue of stigma.

A second area was referenced earlier by Ms Pape. We know many things from research application and knowledge exchange. We know how to do it better. We need to promote and encourage more knowledge exchange. By this I am suggesting that that exchange happen from families and survivors to professionals and back, from professionals to professionals and between professionals. We still have professionals that do not work as well together as we need them to work together. Knowledge must be exchanged from province to province, region to region, country to country. We have much knowledge, and we need to exchange that.

Dans notre pays, nous sommes dépassés par l'offre et la demande. Avant de dépenser plus, je suggère de voir comment l'offre actuelle est utilisée. Je vais vous citer quelques petits exemples de changement du rôle des professionnels qui vous donneront une idée de ce qu'il nous faut faire dans le domaine de la santé mentale.

Nous avons des problèmes de recrutement de psychiatres, de pédopsychiatres en particulier. Nous avons des problèmes d'accès, surtout dans les régions rurales. Il nous faut aussi changer les modalités de pratique médicale. Il faut absolument décloisonner et ne plus laisser certains travailler seuls ou intervenir seuls. Il faut lier les réseaux pour que des équipes interdisciplinaires travaillent avec des psychiatres. Il faut adopter des modèles de «soins partagés» comme ceux préconisés par la SCP, où le médecin généraliste travaille en collaboration avec des spécialistes tels que des psychiatres qui peuvent alors communiquer une partie de leurs connaissances et de leurs techniques d'intervention à un auditoire beaucoup plus large. Il faut recourir à la psychiatrie et à la santé mentale à distance pour atteindre les régions éloignées.

Autre initiative à laquelle nous devrions prêter la plus grande attention, les nouveaux partenariats dans ce domaine. Il y a aujourd'hui beaucoup plus de travail en association que par le passé, ce qui est extrêmement important du point de vue de la politique publique. Si nous pouvions avoir la volonté publique d'appuyer ce travail en association, je crois que nous pourrions arriver à des changements d'attitude spectaculaires.

Je terminerai par trois secteurs sur lesquels nous pourrions bâtir dans un esprit de collaboration entre les secteurs gouvernementaux, fédéral, provincial et territorial, les ONG ou le secteur bénévole et le secteur informel, comme les mouvements de consommateurs et les mouvements familiaux.

En premier lieu, les stéréotypes. Cela fait 25 ans que j'oeuvre dans ce domaine, tant dans le secteur public que dans le secteur privé. La situation est très différente de ce qu'elle était il y a 25 ans. Le dialogue est bien meilleur mais il y a encore du chemin à faire. Selon moi, cette question a autant d'importance que la campagne nationale de lutte contre le tabagisme, par exemple. Le gouvernement fédéral y a un rôle à jouer car j'ai vu hier soir une publicité antitabac de Santé Canada alors que je regardais une émission avec ma fille. Il faut nous concentrer sur la question des stéréotypes.

Il y a un deuxième domaine auquel a fait allusion tout à l'heure Mme Pape. Les applications de recherche et l'échange de connaissances nous apprennent beaucoup. Nous savons comment mieux faire. Il faut promouvoir et encourager encore plus d'échanges de connaissances. J'entends par cela l'échange d'information entre les familles, les survivants et les professionnels, entre les professionnels et les familles et entre les professionnels eux-mêmes. Il y a encore des professionnels qui ne savent pas se concerter comme ils devraient le faire. Les connaissances doivent être échangées entre les provinces, les régions et les pays. Nous avons toute une somme de connaissances et il faut qu'elles soient échangées.

A final area is community mobilization. Again, I respectfully suggest that the federal government has some experience in this area. In my province, we found that family resource centres were an excellent initiative. They have reached into at-risk populations in rural and remote areas. The federal government is a significant funder and player in developing these resource centres, at least in New Brunswick. There is an avenue on which to move forward.

If you look at section 4 of the framework, you will see that all first ministers have signed an agreement to work in collaboration to identify priorities for collaborative action. The operative word being "action." There is a framework there. With the federal government's recently announced voluntary sector initiative, there are pieces now that should come together.

It is clear from the eloquent comments that preceded me that mental health issues are in our lives, homes, schools, workplaces, and communities. It is an important part of our society. It is important for individuals, for families and for communities. It adds to the economic, human and social capital that we have as Canadians. There is no health without mental health.

Dr. John Service, Executive Director, Canadian Psychological Association: Honourable senators, thank you for the opportunity to address you today. I would like to commend the Senate committee for taking on this important job and for having a round table on mental health. We at the Canadian Psychological Association appreciate that.

We are here today to talk about mental illness and mental health. I would like to set a different kind of framework; perhaps that could be part of our added value here today.

We in psychology — a discipline that is rooted in science and practice but particularly the science of human behaviour — look at this issue from a biological, cognitive, affective and social perspective. We know that how we think, feel and behave in our diverse roles in society has a tremendous impact on health status and our health system. It is essential to consider the fundamental contribution of psychological factors to the maintenance of good health, prevention of disease and injury, effective and accurate diagnosis and treatment, effective rehabilitation and relapse prevention, and the management of chronic illness and palliative care. Findings from scientific studies and clinical practice underscore the fact that we cannot adequately address health unless we look at the neuropsychological, cognitive, affective, behavioural and social factors that affect it.

Un dernier domaine est la mobilisation communautaire. Encore une fois, je rappelle respectueusement que le gouvernement fédéral a une certaine expérience dans ce domaine. Dans ma province, nous avons constaté que les centres de ressources pour les familles étaient une excellente initiative. Ils ont réussi à joindre les populations à risque dans les régions rurales et éloignées. Le gouvernement fédéral est une source de financement et un acteur important au niveau du développement de ces centres de ressources, du moins au Nouveau-Brunswick. C'est une voie que nous devrions explorer.

Si vous consultez la partie 4 de l'entente, vous pouvez constater que tous les premiers ministres ont signé un accord en vue de collaborer pour désigner les priorités d'action commune. Le terme opérant est «action». Il y a une entente. Le gouvernement fédéral venant d'annoncer tout dernièrement son initiative pour le secteur bénévole, il y a plusieurs pièces qui devraient désormais s'emboîter.

Les commentaires éloquentes qui ont précédé mon intervention m'indiquent clairement que les questions de santé mentale occupent nos vies, nos maisons, nos écoles, nos lieux de travail et nos collectivités. C'est une part importante de notre société. C'est important pour les particuliers, les familles et les collectivités. C'est une valeur ajoutée au capital économique, humain et social dont disposent les Canadiens. Il n'y a pas de santé sans santé mentale.

M. John Service, directeur exécutif, Société canadienne de psychologie: Honorables sénateurs, je vous remercie de m'avoir invité à comparaître devant vous aujourd'hui. J'aimerais féliciter votre comité d'avoir entrepris ce travail important et d'avoir organisé une table ronde sur la santé mentale. La Société canadienne de psychologie vous en remercie.

Nous sommes réunis ici aujourd'hui pour parler de maladie mentale et de santé mentale. J'aimerais aborder cette question dans une perspective un peu différente qui pourrait ajouter une plus-value à notre réflexion d'aujourd'hui.

En psychologie — discipline qui trouve ses racines dans la science et la pratique médicale mais tout particulièrement dans la science du comportement humain — nous étudions cette question d'un point de vue biologique, cognitif, affectif et social. Nous savons que la manière dont nous pensons, nous sentons et nous nous comportons dans nos divers rôles au sein de la société a une incidence énorme sur l'état de la santé et notre système de santé. Il est essentiel de considérer la contribution fondamentale des facteurs psychologiques au maintien d'une bonne santé, à la prévention des maladies et des blessures, à l'efficacité et à la précision des diagnostics et des traitements, à l'efficacité des programmes de réadaptation et à la prévention des rechutes dans la gestion des maladies chroniques et des soins palliatifs. Les conclusions des recherches, des études scientifiques et des applications cliniques pratiques rappellent qu'il est impossible de régler correctement des problèmes de santé sans tenir compte des facteurs neuropsychologiques, cognitifs, affectifs, comportementaux et sociaux qui les accompagnent.

I am always struck by the irony of the situation. We have a world-class health system in this country. It is deeply disconcerting to observe a health system that targets disease by performing apparent miracles with new tests and procedures, while at the same time investing relatively little time, energy and money to address the human experience of that disease — mental health issues and mental illness.

The centrality of psychological factors to health and illness is obvious. The unfortunate state of affairs results in tremendous unnecessary suffering for Canadians and increased cost to our health system.

I will provide some examples. Services for those with mental illness or psychological problems are inadequate and often not available. I worked for 15 years in the Aberdeen Hospital in New Glasgow, Nova Scotia in children and adolescent services. My waiting list for children aged anywhere from three to nine requiring care was two years. There is an awful lot of living that passes from the age of three to the age of five when they can see me, and I am one of the last stops on the train.

Second, as CBC reported two days ago, services for autistic children, for example, are not readily available. Do they fall within mental health? They certainly fall within our purview of psychological issues. We know that early intervention can positively impact them. That is a life-long impact. This mother said on CBC that she would move from province A to province B because she could not obtain adequate services for her child. It struck me that if that child had cancer, services would be available.

Patients with spinal chord injuries, diabetes, cardiac problems and those who become depressed and do not comply with their medical regimes can fall victim to serious injury and sometimes death. Access to services is unevenly distributed with relatively good access for upper income Canadians and often very limited or effectively no services for those less affluent.

Psychological services are offered to Canadians in four ways. First, service is provided through the public system — hospitals, community clinics and the like. Some hospitals and community clinics do not even employ psychologists, let alone offer adequate levels of psychological and mental health services. Second, service can be obtained by visiting a private psychologist. Payment could be through employment assistance programs, co-pay private insurance health policies or on a pay-as-you-go basis. These are the three other ways of getting psychological help, all of which are in the private sector. There is one method in the public sector. This means that those with adequate incomes having far more access than those without. It is frustrating to patients and us. The result of course is a two-tiered medical system for our kinds of services.

Je suis constamment frappé par l'ironie de la situation. Nous avons au Canada un système de santé de classe internationale. Il est très déconcertant d'observer un système de santé qui fait pratiquement des miracles en dépistant des maladies grâce à des nouveaux examens et à des nouvelles procédures, mais qui en même temps investit relativement peu de temps, d'énergie et d'argent au problème d'expérience humaine provoqué par ces maladies — des problèmes de santé mentale et la maladie mentale.

Le caractère central des facteurs psychologiques de la santé et de la maladie est évident. Cette situation malheureuse entraîne d'énormes souffrances inutiles pour les Canadiens et augmente le coût de notre système de santé.

Je vous fournis quelques exemples. Les services pour les victimes de maladies mentales ou de problèmes psychologiques sont inadéquats et souvent inexistantes. J'ai travaillé pendant 15 ans à l'hôpital Aberdeen, à New Glasgow en Nouvelle-Écosse dans les services pour enfants et adolescents. Ma liste d'attente pour les enfants âgés de trois à neuf ans qui voulaient se faire admettre était de deux ans. Bien des choses se passent dans la vie d'un enfant de trois à cinq ans quand il peut me voir et que je suis l'une des dernières chances pour lui.

Deuxièmement, comme Radio-Canada l'a rapporté il y a deux jours, les services pour les enfants autistes, par exemple, n'existent pratiquement pas. Relèvent-ils de la santé mentale? Ils nous concernent certainement au niveau des problèmes psychologiques. Nous savons qu'une intervention précoce peut avoir des résultats très positifs. Toute une vie en dépend. Cette mère disait à Radio-Canada qu'elle allait de la province A à la province B parce qu'elle ne pouvait pas obtenir de services adéquats pour son enfant. Ce qui m'a frappé, c'est que si cet enfant avait eu un cancer, il aurait eu accès à des services.

Les patients qui souffrent de blessures vertébrales, de diabète, de problèmes cardiaques, qui dépriment et ne suivent pas leurs régimes médicaux peuvent faire gravement empirer leur mal, voire en mourir. L'accès aux services est inégalement réparti avec un accès relativement bon pour les Canadiens des classes supérieures et souvent très limité ou inexistant pour les moins favorisés.

Les services psychologiques sont offerts de quatre manières aux Canadiens. Premièrement, le service est offert par le biais du système public — les hôpitaux, les cliniques communautaires, et cetera. Certains hôpitaux et certaines cliniques communautaires n'emploient même pas de psychologues, sans parler d'offrir un niveau suffisant de services de santé psychologique et mentale. Deuxièmement, le service peut être obtenu en consultant un psychologue du secteur privé. Les dépenses sont prises en charge soit par des programmes d'assistance à l'emploi, par des régimes mixtes d'assurance-santé privés ou par des régimes individuels. Ce sont les trois autres manières de bénéficier de l'aide psychologique, et toutes les trois relèvent du secteur privé. Il n'y a qu'une méthode dans le secteur public. Cela signifie que ceux qui ont des revenus suffisants y ont beaucoup plus accès que les autres. C'est frustrant et pour les patients et pour nous. Le résultat, bien entendu, c'est un système médical à deux vitesses pour le genre de services que nous offrons.

Psychological factors and mental illness factors do not occupy a prominent place in the continuum of care. They are a separate, segregated piece of the pie. This situation unacceptably increases the suffering of patients and their family, friends, and co-workers. It increases the costs of health care due to increased system use. CBC news reported this morning on a problem in Toronto about emergency use and patient bed use. We also have an overuse of physician services for mental health issues and psychological problems and an overuse of pharmaceuticals. It negatively affects the economic bottom line of corporations and businesses due to factors such as absenteeism and reduced productivity. As well, it increases the use of social welfare, criminal justice, and educational support systems.

At a Health Action Lobby meeting, one of our members said that a relative of his was on a long waiting list to receive some mental health services. If that patient were in the federal criminal justice system, she could be treated. Therefore, she should commit a crime. It was a joke — but it is black humour.

I will suggest some solutions. The health care system must recognize the fundamental role played by psychological factors in the health of all Canadians. Psychological and mental health services must occupy a central role in the continuum of care. These are “must-have” services. These are not “nice to have” services.

We must provide comprehensive psychological or mental health services for all Canadians, regardless of income, using a variety of private and public methodologies and vehicles. We must also ensure that all health services have mental health or psychological service components. This is particularly important in critical areas such as primary health care services.

We must provide adequate services and support for those suffering from serious mental illnesses. I am old enough to remember the closure of many facilities for the mentally ill and the mentally challenged with the promise that all those monies would flow into community services. We are still waiting for them.

I look forward to your discussion and report. Your first report was very helpful.

The Chairman: Mr. Ross, for clarification, you talked about the family resource centres you have in New Brunswick. What is a family resource centre?

Mr. Ross: They are funded through HRDC.

The Chairman: What are they?

Mr. Ross: They are groups of people, many of whom represent single mothers and those with a low income. They come together and they do early intervention things. For example, the one in Sussex — the small community in which I live — developed a

Les facteurs psychologiques et les maladies mentales n'occupent pas une place très importante dans le continuum des soins. C'est un secteur distinct du reste. Cette situation aggrave de façon inacceptable les souffrances des patients et de leurs familles, de leurs amis et de leurs collègues. Elle augmente les coûts des soins de santé parce qu'il faut plus de services. À Radio-Canada, ce matin, on parlait du problème des services d'urgence et de l'utilisation des lits à Toronto. Il y a aussi surutilisation des services de médecin consacrés à des problèmes de santé mentale et à des problèmes psychologiques et surutilisation des produits pharmaceutiques. Cela a des répercussions négatives sur le bilan économique des entreprises en raison de facteurs tels que l'absentéisme et la baisse de productivité. Cela accroît aussi les interventions des systèmes de bien-être social, de justice pénale et de soutien éducatif.

Lors d'une réunion du Groupe d'intervention action-santé, l'un de nos membres a dit qu'une de ses parentes attendait depuis longtemps de pouvoir recevoir des services de santé mentale. Si cette personne relevait du système de justice pénale fédéral, elle aurait des soins. Autrement dit, elle devrait commettre un crime. C'était une blague, mais c'est de l'humour noir.

Je vais proposer quelques solutions. Il faut que le système de santé reconnaisse le rôle fondamental des facteurs psychologiques dans la santé de tous les Canadiens. Les services de santé psychologique et mentale doivent occuper une place centrale dans le continuum des soins. Ce sont des services «indispensables», et non des services «souhaitables».

Nous devons offrir des services psychologiques ou de santé mentale complets à tous les Canadiens quel que soit leur revenu, par le biais de diverses méthodes et divers véhicules privés et publics. Il faut aussi que tous les services de santé incluent des volets consacrés à la santé mentale ou psychologique. C'est particulièrement important dans des domaines critiques tels que les services de soins de santé primaires.

Il faut offrir des services et un soutien adéquat aux personnes qui souffrent de graves maladies mentales. Je suis assez vieux pour me souvenir de l'époque où l'on a fermé de nombreux établissements pour personnes ayant une maladie mentale ou une déficience intellectuelle en promettant que tout cet argent serait canalisé vers des services communautaires. Nous attendons toujours ces services.

Je suis impatient d'écouter vos débats et de lire votre rapport. Votre premier rapport a été très utile.

Le président: Monsieur Ross, une précision: vous avez parlé des centres de ressources familiales que vous avez au Nouveau-Brunswick. En quoi consiste un centre de ressources familiales?

M. Ross: Ils sont financés par DRHC.

Le président: Mais de quoi s'agit-il?

M. Ross: Ce sont des groupes de personnes, qui souvent représentent des mères célibataires et des personnes économiquement faibles. Ces personnes se réunissent pour faire des interventions précoces. Par exemple, le groupe de Sussex — la

self- help group for parents of autistic children. These groups enter a range of different community-based activities.

The Chairman: Does a government agency fund the groups?

Mr. Ross: It is funded by HRDC.

The Chairman: Not by you?

Mr. Ross: It is not provincial.

The Chairman: What sort of professionals run it?

Mr. Ross: It is a community development model, senator. It is not a therapeutic model. It is not run by professionals. It would employ someone who may have a university degree or may have many years of experience working in a community church organization or some other community institution.

It is community mobilization and community capacity building. It brings people together who do innovative things. It provides an opportunity for a community to show what it can do for itself and by itself. It is a "people helping people" model with some core funding from HRDC Canada to employ several workers. In the example I referenced in our community, there are two outreach workers in addition to the person who runs the program.

Senator Pépin: Does their role vary from one city to another, depending on the problems that they face?

Mr. Ross: It is the community that determines the response. That is correct.

The Chairman: One of our members asked for a description of the distinction between home care and community care. We all understand what home care is. About two weeks ago, we had the executive director of the Canadian Home Care Association and the president of the Canadian Association for Community Care before us. The entire discussion was on mental health care. None of us managed to ask for a definition of community care.

Recognizing that we are not experts in the field, could you collectively give us a better understanding of the term "community care?"

Mr. Ross: Think of the kind of care an individual receives in a hospital bed, then mentally replicate that care in the community.

The Chairman: In the community, you mean?

Mr. Ross: The care is provided where the individual lives. That is my definition of where that community care starts. It starts with that individual in that neighbourhood. If the person needs prompting to take their medication, community teams prompt them. The teams do not have an office space practice. Their practice is in the streets and homes of the individuals. They knock on the door and tell the patient to take his medication. The team will do things based on symptomology. If the team notices that an individual is becoming agitated, they would start short-term intervention to bring the symptomology down.

petite localité où je vis — a organisé un groupe d'entraide pour les parents d'enfants autistes. Ces groupes organisent diverses activités à l'échelle communautaire.

Le président: Ils sont financés par un organisme gouvernemental?

M. Ross: Par DRHC.

Le président: Pas par vous?

M. Ross: Ce n'est pas provincial.

Le président: Quel genre de spécialistes dirigent ces groupes?

M. Ross: C'est un modèle de développement communautaire, sénateur. Ce n'est pas un modèle thérapeutique. Ces groupes ne sont pas dirigés par des professionnels. Ils font appel à quelqu'un qui peut avoir un diplôme universitaire ou une longue expérience du travail au sein d'une organisation confessionnelle ou communautaire ou d'une autre institution communautaire.

Il s'agit de mobiliser et de rassembler les énergies communautaires. C'est un rassemblement de gens qui font des choses novatrices. C'est l'occasion pour une communauté de montrer ce qu'elle peut faire toute seule. C'est un modèle d'entraide avec un financement de base de DRHC qui permet d'employer plusieurs travailleurs. Dans l'exemple que je vous mentionnais dans notre localité, il y a deux travailleurs d'approche en plus de la personne qui dirige le programme.

Le sénateur Pépin: Est-ce que leur rôle varie d'une ville à l'autre en fonction des problèmes?

M. Ross: C'est la collectivité qui détermine la réponse. C'est exact.

Le président: L'un de nos membres a demandé qu'on nous explique la distinction entre soins à domicile et soins communautaires. Nous savons tous en quoi consistent les soins à domicile. Il y a une quinzaine de jours, nous avons entendu le directeur exécutif de l'Association canadienne de soins et services à domicile et le président de l'Association canadienne de soins et services communautaires. Toute la discussion a porté sur les soins de santé mentale. Aucun de nous n'a demandé une définition des soins communautaires.

Sachant que nous ne sommes pas des experts en la matière, pourriez-vous nous aider à mieux comprendre cette notion de «soins communautaires»?

M. Ross: Songez au genre de soins que quelqu'un reçoit dans un lit d'hôpital, et transposez cela sur le plan mental dans la collectivité.

Le président: Dans la collectivité?

M. Ross: Les soins sont assurés à l'endroit où vit la personne. C'est comme cela que je définis le point de départ des soins communautaires. Cela part de la personne dans ce contexte communautaire. S'il faut pousser la personne à prendre ses médicaments, les équipes communautaires lui rappellent qu'elle doit les prendre. Les équipes n'ont pas de bureau. Elles interviennent dans la rue et au domicile des particuliers. On frappe à la porte de quelqu'un pour lui rappeler qu'il doit prendre son médicament. L'équipe intervient en fonction des symptômes. Si elle constate qu'une personne commence à être agitée, elle

It is moving the care into the community. If a person goes into crisis in a number of situations, the crisis is handled in the community, never needing the person to use an in-patient bed.

The Chairman: Who funds or organizes this?

Mr. Ross: In my province, it is done through our mental health division and forms part of the formal provincial government service responsibility. It is part of where the money went from the institution into the community.

The Chairman: To the best of your knowledge, is it the same everywhere else or does it vary?

Mr. Ross: I think that it varies greatly, even within provinces.

Senator Pépin: The CLCS in Quebec goes to homes and provides services in the community. They do not bring the patient to the hospital.

Mr. Ross: The service in New Brunswick is a variation of the CLSC model.

Mr. Upshall: Mr. Chairman, I am a member of the Mental Health Implementation Task Force for Toronto and Peel County. Mike Wilson is the chairman of that committee. You might find it useful to have him come and speak about the implementation of mental health reforms as it relates to act teams.

I am prevented by virtue of confidentiality from discussing in any detail what we are doing. I can tell you that it is an uplifting experience to be involved in it, although it requires a significant amount of effort. What we are trying to do is like turning around a supertanker. You may find an hour or an hour and a half of evidence from Mike Wilson useful.

The Chairman: There is a similar organization in Ottawa — I think that they call the "Champlain Region." I know what is going on there because I happen to know the chair of that group.

Ms Pape: Mr. Ross spoke about thinking of community care in terms of what people receive in the hospital. I do want to point out that when you think of the kind of services that people receive in hospital, it is not just clinical, of course. It is a roof over their head, three square meals a day, socialization, et cetera.

Trying to replicate those services in the community is a huge task. We want to make the point that this cannot be done by formal services alone. This is too much for one service system. We must turn to self-help organizations such as the Schizophrenia Society, the Mood Disorder Association, the National Association for Mental Health and other informal kinds of approaches. A broad-based strategy is needed.

Senator Graham: Ms Pape spoke about what is going on in the streets. There is an indication from Mr. Ross that that is part of the service. Is this the kind of thing to which you were referring in your opening statement?

entreprend des interventions à court terme pour atténuer ses symptômes.

On déplace donc les soins dans la collectivité. Si une personne a des crises, on intervient sur ses crises dans la collectivité, sans qu'il soit nécessaire d'occuper un lit dans un établissement.

Le président: Qui finance ou organise tout cela?

M. Ross: Dans ma province, cela se fait par le biais de notre division de la santé mentale, et c'est un élément de la responsabilité officielle des services du gouvernement provincial. C'est une partie de l'argent qui est détourné des institutions vers la communauté.

Le président: À votre connaissance, est-ce que c'est la même chose partout ou est-ce que la situation varie?

M. Ross: Je pense qu'elle varie beaucoup, même à l'intérieur des provinces.

Le sénateur Pépin: Au Québec, les gens du CLSC vont fournir des services à domicile et dans la collectivité. Ils n'amènent pas le patient à l'hôpital.

M. Ross: Le service au Nouveau-Brunswick est une variante du modèle des CLSC.

M. Upshall: Monsieur le président, je suis membre du Mental Health Implementation Task Force de Toronto et Peel County. Mike Wilson est président de ce comité. Il serait peut-être facile de lui demander de venir vous parler de la mise en oeuvre des réformes de la santé mentale et des équipes d'intervention.

Mon devoir de réserve m'interdit de vous parler en détail de ce que nous faisons. Je peux vous dire que c'est cependant une expérience passionnante, même si cela nécessite beaucoup d'efforts. C'est comme si l'on essayait de faire changer de cap à un superpétrolier. Peut-être pourriez-vous trouver utile de consacrer une heure ou une heure et demie à M. Mike Wilson.

Le président: Il y a une organisation analogue à Ottawa, qui s'appelle, je crois, «Champlain Region». Je suis un peu au courant parce que je connais le président de ce groupe.

Mme Pape: Monsieur Ross, vous parlez d'envisager les soins communautaires en fonction des services que les gens reçoivent à l'hôpital. Je précise que quand on songe aux services administrés dans un hôpital, ce ne sont pas simplement des soins cliniques, évidemment. C'est un toit sur leur tête, trois repas par jour, des contacts sociaux, et cetera.

C'est une tâche colossale d'essayer de reproduire ces services dans la collectivité. Nous tenons à préciser que cela ne se fait pas simplement sous forme de services officiels. C'est trop pour un seul système de services. Nous sommes obligés de faire appel à des organisations d'entraide telle que la Société de schizophrénie, la Mood Disorder Association, l'Association canadienne de santé mentale et d'autres organismes officiels. Nous avons besoin d'une stratégie à grande échelle.

Le sénateur Graham: Madame Pape, vous parlez de ce qui se passe dans les rues. D'après M. Ross, cela fait partie du service. Est-ce le genre de choses auxquelles vous faisiez allusion dans votre déclaration d'ouverture?

Ms Pape: I was trying to imply the seriousness of the problem. I was pointing out the experience of people living with mental health problems. I was not speaking so much to what kinds of services they are receiving, as I was about their dealing with their daily lives. Not only must they deal with the poverty and homelessness, they must deal with the stigma and the effects of discrimination and prejudice that exacerbate the psychosocial problems. I was trying to give you a feeling for what that is like.

Senator Graham: I was intrigued, Dr. Service, when you mentioned autism. I have a personal interest. How difficult is it to identify a patient as being autistic?

Dr. Service: I am not an expert in autism. I know that it depends on the severity because it is a unique disorder and not widely spread within the population. It also depends on the ability of the professionals involved to be able to make an accurate diagnosis.

If it is quite manifest, then it is fairly obvious at a young age. If there are aggressive interventions at a young age, there is a good outcome for at least about 50 per cent of the patients.

Senator Graham: I said that I have a personal interest. I have a grandchild who has not yet been identified as being autistic, but who is a mentally challenged or a Down's syndrome child. We are having some difficulties in that respect. He is 10 years old.

I was interested in the chart that was presented earlier with respect to the survey that went from the ages of 12 years to 15 years. Could we obtain more information regarding the identification of these problems at an earlier age?

I am also interested in the word "stigma." It has been used several times. In one of your papers, you mention that all too often the stigma results in people delaying treatment and families denying that a family member may have an illness. Of course, it may be the individual himself or herself who is in denial. If it is a serious problem, it creates problems in the home, even though the family may recognize it. The family may wish that they could do something about it, but oftentimes their hands seem to be tied.

What recourse do they have? It is disruptive to family life if an adult is in total denial and refuses to take treatment. What recourse do they have apart from legal action? Perhaps we are pursuing a legal question, Mr. Chairman.

Dr. Service: You are discussing legal and ethical issues.

Mr. Upshall: You are also touching upon substantial parenting and community issues as well, senator. It touches upon the recognition that something is occurring within your family. Parents are frequently unaware of what is occurring.

I could speak to issues having been through the system. I can tell you that the correction system has far too many mentally ill people within its borders. Those people were placed within correction facilities because of lack of information at the family level and the inability or unwillingness to deal with the issues at

Mme Pape: Je voulais simplement évoquer la gravité du problème. Je parlais de l'expérience des gens qui ont des problèmes de santé mentale. Je ne parlais pas tant des services que reçoivent ces personnes que de leur existence au jour le jour. Non seulement elles vivent dans la pauvreté et sont sans abri, mais elles sont victimes des stéréotypes de la discrimination et des préjugés qui ne font qu'aggraver leurs problèmes psychosociaux. J'ai essayé de vous faire comprendre un peu tout cela.

Le sénateur Graham: J'ai été intrigué, docteur Service quand vous avez parlé d'autisme. C'est un sujet qui m'intéresse personnellement. Est-il difficile de déceler l'autisme chez un patient?

M. Service: Je ne suis pas un expert dans ce domaine. Je sais que cela dépend de la gravité de la situation car c'est une maladie exceptionnelle qui n'est pas très répandue dans la population. Cela dépend aussi de l'aptitude des professionnels concernés à porter un diagnostic correct.

Si la maladie est manifeste, les choses sont assez évidentes chez les jeunes. Si l'on intervient énergiquement auprès d'un jeune, la situation évolue positivement dans au moins 50 p. 100 des cas.

Le sénateur Graham: J'ai dit que ce sujet m'intéressait personnellement. J'ai un petit enfant qui n'a pas encore été diagnostiqué comme autiste, mais qui a un handicap intellectuel, le syndrome de Down. Cela nous pose des problèmes. Il a 10 ans.

Je m'intéressais au tableau qui nous a été présenté tout à l'heure à propos de l'enquête sur les jeunes de 12 à 15 ans. Pourrions-nous avoir plus d'information sur l'identification de ces problèmes chez les jeunes?

Je m'intéresse aussi au terme «stigmatisation», qu'on a utilisé plusieurs fois. Dans un de vos documents, vous dites que trop souvent, à cause de la stigmatisation, les gens retardent le traitement et les familles refusent d'accepter l'idée qu'un de leurs membres soit malade. Évidemment, cela peut être aussi la personne elle-même qui refuse d'accepter la réalité. C'est un grave problème, cela entraîne des difficultés à la maison, même si la famille s'en rend compte. La famille aimerait parfois faire quelque chose, mais souvent elle a les mains liées.

Quel recours ont les membres de la famille? Si un adulte refuse totalement d'accepter la réalité et refuse tout traitement, il bouleverse la vie de la famille. Que peut faire le reste de la famille, à part tenter des démarches juridiques? C'est peut-être une question d'ordre juridique, monsieur le président.

M. Service: Vous soulevez des problèmes d'ordre juridique et moral.

M. Upshall: Vous abordez aussi d'importantes questions touchant au rôle des parents et de la communauté, sénateur. Vous parlez des cas où l'on se rend compte d'un problème au sein de la famille. Souvent, les parents ne se rendent pas compte de ce qui se passe.

Je peux vous parler de problèmes qui se sont présentés. Je peux vous dire qu'il y a beaucoup trop de personnes souffrant de troubles psychiques dans les établissements correctionnels. On les place dans des établissements correctionnels faute d'information au niveau de la famille et faute d'une intervention précoce au

the school level at the early intervention stages. It is a part of the continuum of which you speak. We must address those issues in a practical, reasoned way. There must be early childhood intervention for mental health.

I am not comfortable with anti-stigma campaigns, but developing an education process that helps people overcome concern about discussing mental illness is absolutely essential. It would save millions and millions of dollars and untold millions of heartaches.

In regards to stigma, I came across an interesting observation. Some of you may know Bill Wilkerson, the president of the Business and Economic Round Table on Mental Illness and Mental Health. It is a large round table group dealing mostly with large businesses. At a gathering of insurance physicians, Mr. Wilkerson said:

The stigma of mental illness is every bit as big a battle among physicians and medical students as it is anywhere else. Stigma among physicians deters the detection of mental disorders, defers or pre-empts correct diagnosis and proper treatment and, by definition, prolongs suffering.

He based his comments on an "informal and ongoing canvass" of medical educators. He added that:

The evidence is mountain-high that mental health issues belong on the front burner of the current health care debate in Canada — but aren't. The reasons include stigma, stereotyping and wildly inaccurate and misplaced fears in the public...

That is an indication of the depth of the issue when we talk about stigma.

Senator Graham: Mr. Ross, you said that you have been in the field a long time. You have suggested that there is a much better dialogue today with respect to stigma than there was 25 years ago.

Before I ask my final question, Mr. Chairman, I would like to congratulate this group because you certainly bring tremendous experience, information and passion to the cause. I assure you, on behalf of the chairman, as I am sure he will say that himself, that we will respond in any way possible to help the situation. I am very impressed with the way in which you have presented yourselves.

We talked about the need for more education. I am wondering what might be done in respect to education in our schools and in our universities. It seems to me, for example, on the question of stigma, that if we educate young people about their peers and the whole question of stigma or mentally challenged people so that they could take that knowledge home and relate it to a personal experience. They could have a positive effect in that environment.

Dr. Service: I have been in the business for about 30 years. I have noticed in my personal experience, senator, that there has been a tremendous shift in the attitude of politicians, government officials, and health planners in terms of their reducing stigma and

niveau de l'école. Cela fait partie du continuum dont vous parlez. Il faut aborder ces problèmes de façon raisonnée et concrète. Il faut intervenir dès la petite enfance dans le domaine des problèmes de santé mentale.

Je ne suis pas très à l'aise vis-à-vis des campagnes de lutte contre les stigmates, mais il est absolument essentiel de mettre sur pied un dispositif d'éducation pour aider les gens à surmonter leur hésitation et à discuter des maladies mentales. Cela économiserait des millions et des millions de dollars et un nombre infini de déchirements.

À propos de stigmatisation, j'ai constaté quelque chose d'intéressant. Vous connaissez peut-être Bill Wilkerson, le président de la Business and Economic Round Table on Mental Illness and Mental Health. C'est un vaste rassemblement de représentants de grosses entreprises essentiellement. Lors d'une réunion des médecins d'assurance, M. Wilkerson a dit que:

La stigmatisation de la maladie mentale est un problème tout aussi grave chez les médecins et les étudiants en médecine qu'ailleurs dans la population. Ce préjugé empêche les médecins de déceler des troubles mentaux, les détourne du bon diagnostic et du bon traitement et, par définition, prolonge les souffrances.

Il fondait ses remarques sur un «sondage officieux et continu» des enseignants de médecine. Il a ajouté:

Il est absolument flagrant que les problèmes de santé mentale devraient être au premier plan du débat sur les soins de santé au Canada, mais que ce n'est pas le cas. Les raisons sont notamment la stigmatisation, les stéréotypes et des peurs totalement irrationnelles dans le public...

Cela donne une idée de la gravité du problème quand on parle de stigmatisation.

Le sénateur Graham: Monsieur Ross, vous dites que vous vous occupez de ce domaine depuis longtemps. Selon vous, il y a cependant un dialogue beaucoup plus ouvert sur la stigmatisation qu'il y a 25 ans.

Avant de poser ma dernière question, monsieur le président, j'aimerais féliciter ce groupe car vous investissez une expérience, une information et une passion colossales dans cette entreprise. Je peux vous assurer, au nom de notre président, et je suis sûr qu'il vous le dira lui-même, que nous ferons tout notre possible pour améliorer la situation. J'ai été très impressionné par la façon dont vous vous êtes présentés.

Nous avons parlé de la nécessité d'une meilleure éducation. Je me demande ce que l'on pourrait faire à cet égard dans nos écoles et nos universités. J'ai par exemple l'impression qu'à propos de la stigmatisation, on pourrait parler aux jeunes de leurs pairs et leur expliquer toute cette question des préjugés ou des personnes ayant une déficience intellectuelle pour qu'ils puissent ramener cette connaissance chez eux et l'appliquer à leur expérience personnelle. Cela pourrait avoir des effets positifs sur la situation.

M. Service: Je travaille dans ce domaine depuis une trentaine d'années. J'ai pu constater personnellement, sénateur, une évolution colossale dans l'attitude des politiques, des autorités gouvernementales et des planificateurs de la santé qui a contribué

their increasing understanding of this issue. I mean that from the bottom of my heart. When I first went to talk to folks like you as a psychologist 20 years ago they thought of me as some pipe-smoking person that had people lying around on a couch. That is not the way it is done.

That change is in part due to courses such as introductory psychology in universities. Huge numbers of students take that course. There are many courses in criminology, psychology, sociology and social work, and people are taking those courses. There is much more exposure for the university group.

I am disturbed by the language used in our schools — particularly in our junior high schools and high schools — that students use to embarrass each other. They call each other crazy, retarded and “schizoids.” All of those words are used on the playground. It relates to bullying and the in-group, out-group phenomenon. High schools and junior high schools are overburdened. They are not therapeutic units. They are educational units, but they need more support and integration with mental health services to stop this. That is an area in which I would like to see more progress.

One other thing about stigma that strikes me is that our health system is based basically on five things — physician services, nurse services, hospitals, pharmaceuticals and wonderful wizardry — technology and machines.

Those five items drive a huge sector of our economy in society — health. There is not much room at the table when you are looking for money, programs and influence for these kinds of issues. Psychology is 2 per cent of all of the human resources in health, whereas nurses are 66 per cent and physicians are 10 per cent.

There is not the place to drive that mental health sector. There are huge profits to be made in high-tech, pharmaceuticals and the like. That in no small way drives the end product that ends up in every community.

We do not have huge corporations making billions of dollars world-wide in the mental health system. It is a different kind of economic reality. When you look at how the system is geared, how it develops and how it is stigmatized — it is to some extent stigmatized by that process.

The last step is that it is stigmatized by old, archaic ways of remunerating people. There is one psychiatrist for every 8,000 Canadians according to our most recent studies. Psychologists do similar things as the psychiatrist, except that we do not prescribe drugs. There is one psychologist for every 2,500 Canadians, yet we cannot get remunerated for taking the load off primary care physicians and others. There are these systemic, historical chunks of the system that do not allow us to move forward.

à réduire la stigmatisation et à améliorer la compréhension du problème. Je le dis du fond du cœur. La première fois que je me suis adressé à des gens comme vous en tant que psychologue il y a 20 ans, on m'a pris pour un fumeur de pipe qui écoutait parler des gens allongés sur un divan. Ce n'est pas du tout cela.

L'évolution vient en partie de cours comme les cours d'introduction à la psychologie dans les universités. D'innombrables étudiants suivent ces cours. Il y a de nombreux cours de criminologie, de psychologie, de sociologie et de travail social. Les étudiants et universitaires sont beaucoup plus sensibilisés.

Les termes que les élèves emploient, surtout dans les écoles secondaires de premier et de deuxième cycles, pour s'injurier, me dérangent. Ils se traitent de fous, d'attardés mentaux et de «schizoïdes». On entend tous ces termes dans les cours d'école. C'est le phénomène de l'intimidation et de l'appartenance ou de l'exclusion. Les écoles secondaires sont surchargées. Ce ne sont pas des établissements thérapeutiques. Ce sont des établissements d'enseignement, mais il faut que les services de santé mentale interviennent plus pour faire cesser cet état de chose. J'aimerais qu'on avance plus dans ce domaine.

Toujours à propos de stigmatisation, je constate que notre système de santé repose essentiellement sur cinq choses: les services de médecins, les services infirmiers, les hôpitaux, les médicaments et une sorcellerie extraordinaire — la technologie et les machines.

Ces cinq éléments alimentent un énorme secteur de notre économie, celui de la santé. Il n'y a pas beaucoup de place à la table lorsqu'on essaie d'obtenir de l'argent, des programmes et une certaine influence dans ce genre de domaine. La psychologie représente 2 p. 100 du total des ressources humaines en santé, alors que les infirmières et infirmiers en représentent 66 p. 100 et les médecins, 10 p. 100.

Il n'y a pas assez de place pour faire évoluer ce secteur de la santé mentale. C'est dans la technologie de pointe et les médicaments, ce genre de choses, qu'il y a des profits énormes à réaliser. Cette situation contribue en très grande partie à déterminer le produit final que l'on retrouve dans la collectivité.

Le système de santé mentale ne rapporte pas des milliards de dollars dans le monde à d'énormes sociétés. C'est une réalité économique totalement différente. Si vous regardez la façon dont fonctionne le système, dont il se développe et dont il est stigmatisé, vous constatez qu'il est en partie victime de cette stigmatisation.

Enfin, il est stigmatisé par des méthodes archaïques de rémunération. D'après nos dernières études, il y a un psychiatre pour 8 000 Canadiens. Les psychologues font en gros la même chose que les psychiatres, sauf que nous ne prescrivons pas de médicaments. Il y a un psychologue pour 2 500 Canadiens, et pourtant nous ne pouvons pas nous faire rémunérer pour le poids que nous enlevons aux médecins de santé primaire et autres. Ces blocs systémiques et historiques du système ne nous permettent pas d'avancer.

Senator LeBreton: As you will be able to tell, I am focussing on the stigma issue. When I was listening to Dr. Service at the beginning, I wrote down that stigma seems to exist in this system as well.

Dr. Service: No question.

Senator LeBreton: Someone used the analogy of trying to turn around an ocean liner, and I often use it myself. It is like trying to turn the *Queen Mary* around in the Rideau Canal.

Senator Graham has been on the topic of prevention with other witnesses. Do we not have the cart before the horse? Could we not turn this around and use the growing knowledge base in genetics and patterns in certain communities.

Someone mentioned how we can mount anti-smoking campaigns. Drinking water can be moved very quickly to the top echelons of public input. Has the association thought about how to reinvent the approach to mental health by looking at the preventive side in order to cause a better result.

Mr. Upshall: I will mention our "Call to Action" for the thirtieth time. We would like to bring together, by way of consensus through a framework discussion, an opportunity to dialogue among Canadians that would drive the decision-making process.

We would ask Health Canada to assist us in developing that consensus. By the very nature of that discussion to reach consensus, we would move early intervention and health promotion activities forward.

We would also be able to raise the profile of mental health and mental illness issues within Health Canada. If you are seeking stigma, you need look no further than what gains the profile. When cost cutting comes along, what is cut back?

Mental health issues have always been about and by the weakest individuals in our society. Unfortunately when that occurs they are the easiest to target because they have no voice. That is true. I say that without any condemnation of the wonderful people who I know work at Health Canada.

It has been true in the deinstitutionalization in the provinces, as well. If we could start a dialogue and raise the awareness of the issues amongst our educators and the public at large, it would be similar to that which the United States Surgeon General did in his report. I think that you are aware of that report entitled, "The Decade of the Brain in the United States." After much work, they came up with a framework for action. That is what we would like to do.

That report has impacted dramatically on how the United States sees mental illness amongst them and how they see the need for early childhood activities including nutrition programs in school and activities that impact development.

Le sénateur LeBreton: Comme vous le constatez, je me concentre sur la question de la stigmatisation. Quand j'ai écouté le Dr. Service au début, j'ai noté que la stigmatisation semblait présente aussi dans ce système.

M. Service: Sans aucun doute.

Le sénateur LeBreton: Quelqu'un a évoqué l'image du superpétrolier qu'on essaie de faire changer de cap, et c'est une image que j'utilise souvent. C'est comme faire faire un demi-tour au *Queen Mary* dans le canal Rideau.

Le sénateur Graham a abordé le sujet de la prévention avec d'autres témoins. Est-ce que nous ne mettons pas la charrue devant les boeufs? Ne pourrions-nous pas prendre les choses à l'envers et nous appuyer sur les connaissances croissantes dans le domaine de la génétique et des comportements dans certaines communautés?

Quelqu'un a parlé de la façon dont on organise des campagnes de lutte contre le tabagisme. L'eau potable peut très rapidement devenir un des sujets principaux du débat public. Votre association a-t-elle réfléchi à un renouvellement de la démarche face aux problèmes de santé mentale en l'abordant sous l'angle de la prévention pour obtenir de meilleurs résultats?

M. Upshall: Pour la trentième fois, je mentionnerai notre publication «Call to Action». Nous aimerions organiser un débat cadre pour permettre aux Canadiens de s'entendre sur un consensus débouchant sur des décisions.

Nous aimerions demander à Santé Canada de nous aider à élaborer ce consensus. La nature même du débat pour atteindre ce consensus nous amènerait à mettre rapidement de l'avant les activités d'intervention et de promotion de la santé.

Nous aimerions aussi que la question de la santé mentale et de la maladie mentale soit mieux reconnue à Santé Canada. Si vous cherchez la stigmatisation, il vous suffit de vous demander ce qui est au coeur des priorités. Quand il y a des compressions, dans quel budget coupe-t-on?

Les problèmes de santé mentale ont toujours concerné les personnes les plus faibles de notre société. Malheureusement, quand ces problèmes se présentent, ces personnes sont les plus vulnérables parce qu'elles n'ont pas voix au chapitre. C'est vrai. Je le dis sans critiquer aucunement les personnes merveilleuses que je connais à Santé Canada.

Il en a été de même pour la désinstitutionnalisation qui s'est effectuée dans les provinces. Si nous pouvions entamer un dialogue et sensibiliser les éducateurs et le grand public, nous ferions un peu ce que le directeur du Service de santé publique des États-Unis a fait dans son rapport, que vous devez connaître et qui s'intitule «Decade of the Brain of the United States». Les Américains ont fini par élaborer un cadre d'action. C'est ce que nous aimerions faire aussi.

Ce rapport a eu des conséquences énormes sur la façon dont les maladies mentales sont perçues aux États-Unis et sur la conception des activités visant la petite enfance, notamment les programmes de nutrition dans les écoles et les activités qui contribuent au développement.

In 1999, the United States Surgeon General issued a call to action on suicide. Our suicide issues are greater than theirs are on a per capita basis. That report is sensitive. It has raised issues.

If I could say this again, we would really appreciate your considering a recommendation to endorse our call for action and request Health Canada to assist in that activity.

Senator LeBreton: Not only would a rise in public awareness impact on the providers of the system, but it would also be of benefit for families. If people were more aware and started recognizing illness, it would reduce costs to the system and enable people to deal with other illnesses. Mental illnesses are sometimes the secondary factor. One illness may cause a mental illness to develop.

I support efforts to raise public awareness on prevention. We spend much time dealing with what is available to treat something, once it has happened. There is not enough emphasis on making it not happen in the first place.

Mr. Upshall: Senator, there is nothing cheaper for the health care system of this country than to promote good mental health at the basic stages. You would see a miracle happen. It would not be expensive. It would involve teams, such as those Mr. Ross mentioned, doing early intervention activities and educating on proper nutrition and care for the poor.

We would save a great deal of money. It costs a minimum of \$100,000 per year to look after one person with fetal alcohol syndrome in corrections. We have thousands and thousands of such individuals, at a cost of \$100,000 each. We could re-direct that money back to the initial structure.

Mr. Ross: You have described, senator, what could be a very powerful vehicle through a community mobilization process. To me, it all starts with families and young people. It starts with children growing up, and families dealing with problems and their links to the community. We could help people to not look at individuals because of their condition, but to look at individuals because of who they are. They are people who need connections, friends, and members of church and opportunities to play in local community recreational activities. They need the things that we all need.

Currently, in this sector in Canada, we have many players who are willing to go to bat around community mobilization issues. In our province 10 years ago, we had one consumer-run community activity centre. We have 23 now. We fund them out of a provincial division budget. They are self-sustaining. They are run by consumers with boards. You could go into rural areas, the Acadian peninsula, which is as rural as it can be, and there would be three community activity centres in these little pockets of communities. That is a form of mobilization that has gone a long way to de-stigmatizing mental illness.

En 1999, le directeur du Service de santé publique des États-Unis a tiré le signal d'alarme sur le suicide. Nous avons un taux de suicide par habitant plus important qu'eux. Ce rapport est délicat, et il a soulevé de nombreux problèmes.

Je le répète, nous vous serions vraiment reconnaissants de recommander qu'on appuie notre appel à l'action et qu'on demande à Santé Canada de nous aider en ce sens.

Le sénateur LeBreton: Non seulement une meilleure sensibilisation du public influencerait sur les dispensateurs de service, mais elle serait aussi utile pour les familles. Si les gens étaient plus sensibilisés et apprenaient à reconnaître la maladie, on diminuerait le coût du système et on permettrait aux personnes d'intervenir sur d'autres maladies. Les maladies mentales sont parfois le facteur secondaire. Une maladie peut déclencher une maladie mentale.

Je suis d'accord avec les efforts pour sensibiliser le public à la prévention. On parle beaucoup de tous les traitements disponibles une fois que quelque chose est arrivé. On n'insiste pas suffisamment sur la prévention qui permet d'éviter que les choses n'arrivent.

M. Upshall: Sénateur, promouvoir une bonne santé mentale dès le plus jeune âge, c'est l'investissement le moins coûteux que puisse faire notre système de soins de santé. Cela permettrait de faire des miracles. Cela ne coûterait pas cher. Il suffirait d'avoir des équipes, comme celles que M. Ross a mentionnées, qui interviendraient de façon précoce et permettraient aux pauvres d'être mieux nourris et soignés.

On économiserait beaucoup d'argent. Dans le système correctionnel, le traitement d'une personne atteinte du syndrome d'alcoolisme foetal coûte au moins 100 000 \$ par an. Nous avons des milliers et des milliers de personnes dans ce cas, qui coûtent 100 000 \$ chacune. On pourrait réaffecter cet argent à la structure initiale.

M. Ross: Sénateur, vous avez dit que la mobilisation du grand public pourrait être un véhicule extrêmement puissant. Pour moi, tout commence par les familles et les jeunes. Tout commence par les enfants qui grandissent et les familles qui sont confrontées à leurs problèmes et à leurs liens avec la collectivité. Nous pourrions aider les gens à s'occuper de personnes non pas à cause de leur état, mais simplement à cause de ce qu'elles sont. Ce sont des personnes qui ont besoin de liens, d'amis, de membres de l'église et d'occasions de participer aux activités récréatives locales de la collectivité. Ce sont des personnes qui ont besoin des mêmes choses que nous.

Actuellement, dans ce secteur au Canada, il y a énormément de personnes volontaires pour mobiliser la collectivité. Dans notre province, il y a 10 ans, nous n'avions qu'un seul centre d'activités communautaire dirigé par les citoyens. Nous en avons maintenant 23. Ils sont financés par un volet du budget provincial. Ils sont autonomes et dirigés par des consommateurs avec des conseils d'administration. Vous pouvez très bien vous trouver en zone rurale, dans la péninsule acadienne, une région des plus rurales, et vous apercevoir qu'il y a là trois centres d'activités communautaires dans ces petits coins isolés. C'est une forme de mobilisation qui a énormément contribué à déstigmatiser la maladie mentale.

In my community, on St. Patrick's Day, the local community centre held a corn beef and cabbage dinner with a local fiddler playing. The entire community turned out. There were 300 or 400 people eating dinner over a two-hour period. There is much awareness-building in that process. It is people connecting with one another.

My credo would be that we not try to make this another industry. Let us build on what our communities have the capacity to do and invest in the opportunities that way.

[Translation]

Senator Pépin: I must say that I am very impressed by your presentation. I should have liked to ask you more questions. Your group seems very active when it comes to policies. Given all the different levels of government — and it is important to work with them — there is an increasing need for groups like yours, since you work in the field and you can say what is good and what is not.

Perhaps there should be a system where people from different levels of government would establish policies, one where you could also give impact. Thus, you would be able to tell them whether or not the policies are applicable, feasible, and how they could be made more practical.

You have told us about all the difficulties you have experienced in the field. There should be some way found to allow you to work with the people who make the policies. You have spoken about “self-help”. What does that mean? We were discussing support and guidance for young people and for patients suffering from mental illness. Can you give me a definition?

[English]

Mr. Upshall: I will address your first question, senator. Our organization is very fortunate to have been able to work with the Federal Territorial/Provincial Advisory Committee on Mental Health to bring our issues to the table. I think it is fair to say that there has been a fair amount of dialogue between us.

Frankly, there are areas upon which we have not agreed, but everyone has had open minds and has taken on the issues. The question for us is to get those issues up to the top and raise the profile.

I should tell you that we are meeting with the Deputy Minister of Health Canada in several weeks to again raise our issues.

The issue of advocacy, however, is somewhat less on the horizon because we do not have the opportunity to do adequate advocacy with MPs and senators the way other major health lobbies do. We rely on the fact that, particularly with MPs and their open offices, so many of their calls are related to mental illness. In some areas, 25 per cent of their calls each week deal with cries for help from constituents who deal with mental health issues.

Ms Pape: Self-help is my passion. Mutual support is a powerful resource for any age, for almost any problem from mental illness to distress — all the kinds of mental health problems that we deal with in our life. It is based on the principle

Dans ma localité, le jour de la Saint-Patrick, le centre communautaire local a organisé un repas de boeuf salé et de chou animé par un violoneux. Toute la population du coin est venue. Il y a eu 300 ou 400 personnes qui sont venues manger en deux heures. On fait beaucoup de sensibilisation. Ce sont des gens qui établissent des liens.

Personnellement, je ne voudrais pas qu'on en fasse une industrie. Appuyons-nous sur ce que les collectivités peuvent faire et investissons de cette manière.

[Français]

Le sénateur Pépin: Je dois avouer que je suis bien impressionnée par votre présentation. J'aurais aimé vous poser bien des questions. Vous semblez être un groupe d'action lorsqu'on parle de politiques. Actuellement, avec tous les différents paliers de gouvernement, avec lesquels il est très important de travailler, nous avons beaucoup plus besoin de groupes comme le vôtre, qui travaillent sur le terrain et qui disent ce qui est bon ou ce qui ne l'est pas.

Il faudrait peut-être établir un système où des gens provenant de différents paliers de gouvernement établissent les politiques, mais dont vous feriez aussi partie. Vous pourriez ainsi leur dire si les politiques sont applicables ou non et comment les rendre plus pratiques.

Vous nous parlez de toutes les difficultés expérimentées sur le terrain. Il faudrait trouver une façon afin que vous puissiez travailler avec les gens qui établissent les politiques. Vous avez parlé du «self help». Qu'est-ce que cela signifie? Nous parlions d'encadrement des jeunes et de patients souffrant de problèmes mentaux. Pouvez-vous me donner une définition?

[Traduction]

M. Upshall: Je vais répondre à votre première question, sénateur. Notre organisation a la chance d'avoir pu travailler avec le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé mentale et d'aborder ces questions. Je pense qu'on peut dire que nous avons bien dialogué ensemble.

Franchement, il y a des domaines sur lesquels nous n'étions pas d'accord, mais nous avons tous fait preuve d'ouverture d'esprit face à ces problèmes. L'essentiel, c'est de sortir ces problèmes de l'ombre et de leur accorder une plus grande importance.

Je précise que nous allons rencontrer le sous-ministre de Santé Canada dans quelques semaines pour parler encore une fois de nos problèmes.

La question du militantisme est toutefois moins présente car nous n'avons pas l'occasion de faire autant de promotion auprès des députés et des sénateurs que les autres grands lobbies de la santé. Nous comptons simplement sur le fait qu'une grande partie des appels qui leur sont adressés, surtout aux députés, concernent des problèmes de santé mentale. Dans certains cas, 25 p. 100 de leurs appels hebdomadaires sont des appels à l'aide d'électeurs qui sont confrontés à des problèmes de santé mentale.

Mme Pape: L'entraide est ma passion. C'est une ressource puissante à tous les âges, quel que soit le problème, qu'il s'agisse de maladie mentale ou de détresse, tous les problèmes de santé mentale auxquels nous sommes confrontés dans notre vie.

that people know what is best for them. The best solutions come from other people who have experienced the same problems themselves; no one understands like someone who has been through it. They are able to offer practical advice and emotional support to one another. Once people reach the stage where they can give help to someone else, they are starting to take control of their situation. That is a keystone to mental health.

Mr. Upshall: If I could just add, I would not be here without the opportunity to have participated in a mental health self-help group for some time. It is an absolutely incredible healing experience.

[Translation]

Senator Pépin: I was very happy to hear you mention prisons. I was involved in this area for a while, and I always said that you have to look at these people's backgrounds. There are definitely many people in prison who have psychological and mental problems; you have confirmed it. I am very happy to hear you say that. I also noted, in the documents, that there is a high percentage of persons in prison who have mental problems.

[English]

The Chairman: Dr. Service, you will be interested to know that we are doing a teleconference with experts on the German health system on Monday. In Germany, psychologists as well as physicians are covered, so there is hope.

I would like to make one comment to all of you. I have been quite fascinated by the stigma comment. Both Mr. Ross and Dr. Service made the observation that they thought that stigma had declined substantially in the last 20 years, although much remains. I suspect that if you canvassed committee members, every single one of us knows at least one person amongst our family and friends who have experienced a mental illness problem. My sense is that that was probably not true 20 years or 25 years ago, partly because people did not talk about it and partly because the services were not there. To that extent, it is less stigmatized.

Although I must say that I am disturbed by the comments about the way children in junior highs and high schools think about mental health. That is very disconcerting.

It is clear that not only are you emotional about this subject, but the people on this committee feel very strongly about it as well.

Since we will come back in the fall with the Health Canada strategy, I hope you people will come back and make comment, favourably or unfavourably, from the point of view of the users.

Mr. Upshall: If I could just point out that in our framework document we talk about the international scene. You may be interested in this in your present discussions on phase 3. We have a section about how Canada lags behind the United Kingdom, the United States, New Zealand and Australia in terms of progress. If

L'entraide part du principe que les gens savent ce qu'il y a de mieux pour eux. Les meilleures solutions viennent d'autres personnes qui ont connu elles-mêmes les mêmes problèmes; il n'y a rien de tel qu'une personne qui a connu la même chose pour comprendre un problème. Ces personnes peuvent fournir des conseils concrets et un soutien affectif aux personnes concernées. Quand une personne en arrive à aider une autre personne, c'est qu'elle commence à contrôler sa propre situation. C'est un élément fondamental de la santé mentale.

M. Upshall: J'aimerais ajouter un mot. Je ne serais pas ici si je n'avais eu l'occasion de faire partie d'un groupe d'entraide pour la santé mentale depuis quelque temps. C'est une expérience de ressourcement absolument incroyable.

[Français]

Le sénateur Pépin: J'ai été très heureuse de vous entendre au sujet du milieu carcéral. J'ai été impliquée dans ce milieu pendant un certain temps et je disais toujours qu'il faut examiner les antécédents de ces gens. Définitivement, il y a un nombre très important de personnes, dans le milieu carcéral, ayant des problèmes psychologiques et mentaux, et vous le confirmez. Je suis très contente de vous l'entendre dire. J'ai aussi constaté dans les documents le pourcentage élevé de personnes, dans les prisons, qui ont des problèmes mentaux.

[Traduction]

Le président: Docteur Service, puis-je attirer votre attention sur le fait que, lundi prochain, nous allons avoir une téléconférence avec des experts allemands à propos de leur système de santé. En Allemagne, les psychologues aussi bien que les médecins sont conventionnés. Il y a donc de l'espoir.

J'aimerais faire une observation à vous tous. J'ai été très intéressé par les remarques relatives à la stigmatisation. M. Ross et le Dr. Service ont tous deux constaté qu'à leur avis, cette stigmatisation est en baisse depuis 20 ans, quoi qu'elle n'ait pas disparu. J'ose dire que, si vous posiez la question aux membres du comité, chacun d'entre nous dirait qu'il connaît au moins une personne, un membre de sa famille ou un ami, qui a eu un problème de santé mentale. À mon avis, cela n'était sans doute pas le cas il y a 20 ou 25 ans — en partie parce que les gens n'en parlaient pas et parce que les services n'existaient pas. Dans cette mesure, il y a moins de stigmatisation.

Je dois dire que je suis quelque peu inquiet face aux commentaires qui portent sur l'attitude des jeunes à l'école secondaire envers la santé mentale. C'est très troublant.

Il est évident que cette question vous tient à coeur, autant qu'aux membres du comité.

Puisque nous allons revenir en automne pour examiner la stratégie de Santé Canada, j'espère que vous viendrez nous donner votre avis, favorable ou non, du point de vue des utilisateurs.

M. Upshall: J'aimerais ajouter que, dans notre document cadre, nous parlons de la scène internationale. Ceci pourrait vous intéresser lors de vos discussions actuelles sur la phase 3. Il y a une partie qui décrit le retard qu'accuse le Canada par rapport au Royaume-Uni, aux États-Unis, à la Nouvelle-Zélande et à

there were any way in which we could assist to bring Canada into the forefront, we would be happy to do that.

The Chairman: We are adjourned until 9:00 a.m. Monday morning.

The committee adjourned.

l'Australie. Si nous pouvions vous aider à faire progresser le Canada, nous le ferions volontiers.

Le président: La séance est levée jusqu'à lundi matin à 9 heures.

La séance est levée.

From the Canadian Psychological Association:

Dr. John Service, Executive Director.

From the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Phil Upshall, Chair.

From the Canadian Mental Health Association:

Bonnie Pape.

From the New Brunswick Department of Health and Wellness:

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Mental Health Services.

De la Société canadienne de psychologie:

M. John Service, directeur exécutif.

De l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale:

Phil Upshall, président du conseil.

De l'Association canadienne pour la santé mentale:

Bonnie Pape.

Du ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick:

Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de santé mentale.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

9:00 a.m. session:

Swedish Parliament (Riksdag):

By video conference:

Lars Elinderson, Deputy member, Committee on Health and Welfare

11:00 a.m. session:

From Health Canada:

Nancy Garrard, Acting Director General, Centre for Healthy Human Development, Population and Public Health Branch;

Tom Lips, Senior Policy Advisor for Mental Health, Population and Public Health Branch;

From the Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health:

Carl Lakaski, Senior Analyst, Mental Health, Health Human Resources Strategies Division, Health Policy and Communications Branch.

(Continued on previous page)

Séance de 9 heures:

Du Parlement suédois (Riksdag):

Par vidéoconférence:

Lars Elinderson, membre suppléant, Comité sur la santé et le bien-être.

Séance de 11 heures:

De Santé Canada:

Nancy Garrard, directrice générale intérimaire, Centre pour le développement de la santé humaine, Direction générale de la population et de la santé publique;

Tom Lips, conseiller principal en matière de politiques pour la santé mentale, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique;

De l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale:

Carl Lakaski, analyste principal, Santé mentale, Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé, Direction générale de la politique de la santé et des communications.

(Suite à la page précédente)

A1
Yc26
551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, June 11, 2001

Le lundi 11 juin 2001

Issue No. 20

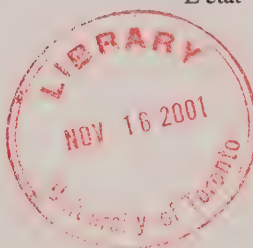
Fascicule n° 20

Nineteenth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Dix-neuvième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Cordy was substituted for that of the Honourable Senator Morin (*June 8, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., was substituted for that of the Honourable Senator Losier-Cool (*June 8, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cook was substituted for that of the Honourable Senator Milne (*June 8, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Pépin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 8 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Losier-Cool (*le 8 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Milne (*le 8 juin 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Monday, June 11, 2001

(22)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 9:08 a.m., in the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Pépin and Robertson (8).

Other senators present: The Honourable Senators Keon and Morin (2).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos; from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

(*By Video Conference*)

From the German Health Ministry:

Georg Baum, Director General, Head of Directorate, Health Care;

Dr. Margot Faelker, Deputy-Director, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance;

Dr. Rudolf Vollmer, Director-General, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance.

From the Department of Health — Economic and Operational Research Division of the United Kingdom:

Clive Smee, Chief Economic Adviser.

From the University of Birmingham:

Professor Chris Ham, Director, Health Services Management Centre

From the London School of Economics:

Professor Julian LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy.

The Chairman made a statement.

Mr. Baum made a statement and, together with Dr. Vollmer and Dr. Faelker, answered questions.

At 10:55 a.m. the sitting was suspended.

At 11:05 a.m. the sitting was resumed.

The Chairman made a statement.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le lundi 11 juin 2001

(22)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 08, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Pépin et Robertson (8).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Keon et Morin (2).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, commis législatif.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

(*Par Vidéoconférence*)

Du Ministère de la Santé de l'Allemagne:

Georg Baum, directeur général, chef du conseil d'administration, Soins de santé;

Dre Margot Faelker, directrice adjointe, Section des questions financières relatives à l'assurance-santé réglementaire;

Dr Rudolf Vollmer, directeur général, chef du conseil d'administration, Assurance des soins infirmiers à long terme.

Du ministère de la Santé — Division de la recherche opérationnelle et économique du Royaume-Uni:

Clive Smee, conseiller économique en chef.

De l'University of Birmingham:

Professeur Chris Ham, directeur, Centre de gestion des services de santé.

De London School of Economics:

Professeur Julian LeGrand, professeur de politique sociale Richard Titmuss.

Le président prononce un mot de bienvenue.

M. Baum fait un exposé, puis, avec l'aide de M. Vollmer et Dre Faelker, répond aux questions.

À 10 h 55, le comité suspend ses travaux.

À 11 h 05, le comité reprend ses travaux.

Le président fait une déclaration.

Professor LeGrand made a statement. Mr. Smee made a statement. Professor Ham made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:53 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

M. LeGrand fait un exposé, suivi de M. Smee et de M. Ham. Les témoins répondent ensuite aux questions.

À 12 h 53, le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Monday, June 11, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:08 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: I thank all of you for taking the time to be with us this morning.

We have a panel of witnesses, via video conference, from the German Health Ministry. I would ask the first witness to begin. It would be helpful if each of you could give us a brief overview of the German system. We will then proceed to ask our questions and try to explain to you the issues that most interest us.

Mr. Georg Baum, Director General, Head of Directorate, Health Care, German Health Ministry: It is an honour to be asked to give evidence about our experience dealing with health care reform processes in Germany. We have been in a steady health care reform process in our country since the late 1980s. Since that time, we have introduced five major laws. I will give you a brief overview.

You may know that the German statutory health care system is part of the German social security system. It works on the same principle as the pension system and the unemployment system. This means that the financing of the system works on the basis of contributions. Contribution rates are carried by employees and employers, each carrying half of the contribution. When people retire, the contribution is paid from the pension system.

We have a system that is financed without taxes. It is financed on a contribution base. This is very important. It is a system that is organized by law but is not run by the government. Our system is different from the typical national health care system.

This system is carried by the sickness funds. The sickness funds are not government parts. They are not private companies. I would describe them as non-profit institutions which work on the basis of federal law but have their own contribution rates. In the system, at the moment, we have approximately 400 individual sickness funds, but the figure seems to be more disordered than it is because we have special kinds of sickness funds.

One kind of sickness fund is the company sickness fund. As we have many types of industry, such as insurance or banking, we have many sickness funds belonging to these companies.

If you reduce this to types of sickness funds, we have several different kinds of sickness funds. They are regionally organized in every state of Germany. We have six regional sickness funds. Then we have sickness funds that operate in the handicraft sector, and we have sickness funds that operate in the smaller, more historical division of the labour force, in the white collar and blue collar sectors.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le lundi 11 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 08 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Je vous remercie tous d'avoir pris le temps de venir vous joindre à nous ce matin.

Nous accueillons un groupe de témoins du ministère allemand de la Santé, qui nous parlera au moyen de la vidéoconférence. Je demanderai au premier témoin de commencer. Il serait utile que chacun de vous nous donne un bref aperçu du système allemand. Nous vous poserons ensuite nos questions et tenterons de vous expliquer les questions qui nous intéressent le plus.

M. Georg Baum, directeur général, chef du conseil d'administration, Soins de santé, ministère de la Santé de l'Allemagne: Nous sommes honorés qu'on nous demande de vous faire part de notre expérience au sujet de la réforme des soins de santé en Allemagne. Cette réforme est en cours dans notre pays depuis la fin des années 80. Depuis lors, nous avons présenté cinq lois majeures. Je vais vous en donner un bref aperçu.

Vous savez peut-être que le système de soins de santé légalement constitué en Allemagne fait partie du système de sécurité sociale de notre pays. Il fonctionne selon le même principe que le régime de pension et le régime d'assurance-chômage. C'est donc dire que son financement se fait avec des cotisations. Les taux de cotisation sont partagés en parts égales entre les employés et les employeurs. Lorsqu'une personne prend sa retraite, sa cotisation est versée par le régime de pension.

Notre système se finance sans les impôts. Il fonctionne avec des cotisations. C'est là un point très important. C'est un système légiféré, mais il n'est pas exploité par le gouvernement. En ce sens, il diffère du régime de soins de santé national typique.

Ce système est financé par les caisses-maladie. Celles-ci ne sont pas exploitées par le gouvernement. Elles sont exploitées par des entreprises privées. Je les décrirais comme des institutions sans but lucratif qui fonctionnent sous le régime d'une loi fédérale, mais ont leur propre taux de cotisation. À l'heure actuelle, on compte dans le système quelques 400 caisses-maladie, mais ce chiffre peut paraître assez exagéré du fait que nous avons plusieurs types spéciaux de caisses-maladie.

L'une de ces caisses est financée par l'entreprise. Comme nous avons plusieurs types d'industries, comme l'assurance ou les services bancaires, ce sont ces entreprises qui possèdent bon nombre de caisses-maladie.

Il existe plusieurs types de caisses-maladie. Elles sont organisées par région dans chaque État fédéré de l'Allemagne. Nous avons six caisses-maladie régionales. Il y a des caisses-maladie dans le secteur des entreprises artisanales, et il y en a d'autres pour chaque division historique plus petite de la main-d'oeuvre, dans les secteurs des cols bleus et des cols blancs.

If you reduce sickness funds into different types, there are seven kinds of sickness funds. One is responsible for agricultural people, which is smaller, as well as one that is responsible for the mine workers. It is also small. We have 400 individual sickness funds and 400 individual contribution rates, but these contribution rates are based on the same benefits.

These sickness funds must provide for the insured people. The benefits are the same. Therefore, the contribution rates of the sickness funds are very close together. However, we do have a spread, of course, and we have competition between the sickness funds because insured people who have access to the sickness funds can choose their sickness fund. For instance, a white collar worker can be insured in a company sickness fund if the sickness fund is open to the public, or a worker can be insured in a white collar sickness fund. Therefore, the sickness funds compete to insure people.

Approximately 90 per cent of the population is insured in one of these federal health care system funds and 10 per cent of the population has private coverage. Workers must contribute to the public sickness funds up to an income that at the moment is about 6,500 Deutschmarks per month. We have an income ceiling for contributions to the sickness fund and this income ceiling is also the ceiling to determine which people must contribute to the sickness fund. If workers earn more than 6,500 Deutschmarks they can choose to go outside the system or whether they will have any insurance. Most people, of course, choose private insurance. Also, people who are part of the ministry staff have coverage from the private sector and there is a special system in the civil service sector.

The sickness funds provide coverage for about 90 per cent of the population within the health care system. People receive a very widespread catalogue of benefits. To make it simple, everyone who is ill can get healthy, with all the benefits available from the insurance system, without the need for additional insurance. The system gives people everything they need if they are ill. We have only a small number of co-payment arrangements, which are not high and are added to by a helping social system. Those who do not earn enough money, of course, will be exempt from this co-payment system.

People in Germany get all the kinds of benefits that are expected of a system. This means hospital treatment, outpatient treatment, drugs and high-tech medicine, if, for instance, one requires transplantation. All these benefits are covered by the federal health care system. We spend a large amount of money on the system. At the moment, approximately 260 billion Deutschmarks are funded by the sickness funds through the contributions. Like all other sickness fund systems in the western world, we have problems dealing with medical progress and problems we will have in future with democratic development.

Si vous répartissez les caisses-maladie selon les types, vous constaterez qu'il y en a sept. L'un est responsable des gens du secteur de l'agriculture, et il est de petite taille, tandis qu'un autre est responsable des travailleurs miniers. Lui aussi est de petite taille. Nous avons 400 caisses-maladie et 400 taux de cotisation, mais ces taux de cotisation donnent accès aux mêmes avantages.

Ces caisses-maladie doivent protéger les personnes assurées. Les prestations sont les mêmes. Par conséquent, les taux de cotisation de chaque caisse-maladie sont assez semblables. Cependant, ils sont évidemment un peu différents, et nous observons une concurrence entre les caisses-maladie parce que les assurés qui y ont accès peuvent choisir celle qui leur convient. Par exemple, un col blanc peut être assuré par une caisse-maladie d'entreprise si celle-ci est ouverte au public, ou un travailleur peut être assuré par une caisse réservée aux cols blancs. Par conséquent, les caisses-maladie se font concurrence pour assurer les gens.

Environ 90 p. 100 de la population est assurée par l'une de ces caisses du système de soins de santé fédéral, tandis que 10 p. 100 de la population jouit d'une protection privée. Les travailleurs doivent contribuer à la caisse-maladie publique jusqu'à concurrence d'un revenu qui se situe pour l'instant à environ 6 500 marks par mois. Nous avons aussi un plafond de revenu pour les cotisations à la caisse-maladie, et ce plafond sert également à déterminer quelles personnes doivent cotiser à la caisse-maladie. Si les travailleurs gagnent plus de 6 500 marks, ils peuvent choisir de sortir du régime et de se procurer une assurance ou non. Évidemment, la plupart choisissent une assurance privée. De plus, les membres du personnel du ministère obtiennent une protection du secteur privé, et il y a un régime spécial dans le secteur de la fonction publique.

La caisse-maladie procure une protection à quelque 90 p. 100 de la population visée par le système de soins de santé. Les personnes y reçoivent un très vaste éventail de prestations. Pour simplifier les choses, disons que quiconque est malade peut recouvrer la santé, grâce à toutes les prestations accessibles du régime d'assurance sans devoir obtenir une assurance supplémentaire. Le régime procure aux malades tout ce dont ils ont besoin. Nous ne disposons que d'un petit nombre d'ententes de quotes-parts, qui ne sont pas élevées et qui sont comblées par des mesures sociales connexes. Évidemment, les démunis sont exemptés du système de quotes-parts.

En Allemagne, les citoyens ont accès à tous les genres de prestations auxquelles on peut s'attendre de la part d'un régime, par exemple le traitement à l'hôpital, le traitement en clinique externe, les médicaments courants et les médicaments de pointe si, par exemple, une personne a besoin d'une transplantation. Tous ces avantages sont couverts par le système de soins de santé fédéral. Nous consacrons beaucoup d'argent au système. À l'heure actuelle, les caisses-maladie financent un budget de quelque 260 milliards de marks au moyen des cotisations. Comme toutes les autres caisses-maladie du monde occidental, les nôtres n'échappent pas au problème inhérent aux progrès médicaux et à ceux qui se feront jour avec le développement de la démocratie.

Let me make a few remarks on the supply system. As I said, the system works free from the government. The supply side is primarily organized privately. These are all private bodies. The individual out-patient doctor works on his own bill. Pharmacologists work on their own bills. Hospitals, however, are run either by local communities or by the state. For instance, university hospitals are run by the state. Germany has 36 medical schools which are university hospitals run by the state.

About one-third of hospital capacity is run by the state. A little more than one-third of hospital capacity is run by social welfare institutions like the Red Cross or the Catholic or Protestant churches. Then we have a quota of private hospitals which are run by private companies. This last sector is growing and is expected to continue to grow in the future.

All these bodies that supply health care to people who have benefits are linked to the social security funds by contracts under the federal law framework. For instance, there are contracts between panel doctors and sickness funds on the federal level and on the state level.

In the way our hospitals are financed, we can use the contracts to make cost containments. The budget of an individual hospital must be negotiated between the sickness funds and the individual hospital, and that budget is allowed to grow annually only at the same rate as the national wage growth. With such rules, we try to strengthen the system by federal law, but all the primary decisions on how the framework funding will be used are negotiated between the sickness funds and, for the most part, the suppliers' association.

We call this system a "self-administrative system" or a "self-government system." The federal law only sets the framework. We can further discuss our system and our past successes in the context of your questions because the issues are often related to instruments of cost containment, budget, quality assurance and so on.

Dr. Margot Faelker, Deputy-Director, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance, German Health Ministry: Mr. Baum has given the main points on the framework and how the system functions. It will be useful now to discuss your questions.

The Chairman: I understand how the sickness funds work, but what is the role of private insurance? Why would people buy private insurance if they can contribute to the sickness fund through their employer? What is the role of the private insurance sector in this area?

Mr. Baum: In the context of the European countries and Germany, private insurance has an important role because it offers whole coverage. Since 10 per cent of the population is in the private system, people compare it with other European countries. A private insurance contract allows you to choose the benefits

Si vous me le permettez, je ferai quelques remarques au sujet du système qui préside à l'offre. Je le répète, le système fonctionne à l'écart du gouvernement. C'est donc dire que l'offre est principalement organisée par le secteur privé, par des entités privées. Le médecin qui travaille en clinique externe facture. Les pharmaciens facturent eux aussi. Cependant, les hôpitaux sont exploités soit par les collectivités locales, soit par l'État. Par exemple, les hôpitaux universitaires sont exploités par l'État. L'Allemagne compte 36 écoles de médecine qui consistent en hôpitaux universitaires exploités par l'État.

Environ le tiers des hôpitaux est exploité par l'État. Un peu plus du tiers est exploité par des établissements d'aide sociale comme la Croix-Rouge, ou les Églises catholiques ou protestantes. Nous avons ensuite un quota d'hôpitaux privés qui sont exploités par des entreprises privées. Ce dernier secteur est en expansion et devrait continuer à croître dans l'avenir.

Tous ces organismes qui fournissent des soins de santé aux gens qui y ont droit sont liés par contrat au fonds de sécurité sociale en vertu d'une loi-cadre fédérale. Par exemple, il y a des contrats entre les médecins des panels et les caisses-maladie à l'échelle de la fédération et à celle des États.

En raison du mode de financement de nos hôpitaux, nous pouvons utiliser des contrats pour limiter les coûts. Le budget de chaque hôpital doit être négocié par la direction de l'hôpital et celle de la caisse-maladie, et ce budget ne peut augmenter chaque année qu'au même rythme que le salaire national. En établissant de telles règles, nous tentons de renforcer le régime par une loi fédérale, mais toutes les grandes décisions au sujet de la façon dont le financement cadre sera utilisé sont négociées entre les responsables des caisses-maladie et, la plupart du temps, les associations de fournisseurs.

Nous qualifions ce système de «système auto-administré» ou de «système de régie autonome». Une loi fédérale n'établit que le cadre. Nous pourrions discuter davantage de notre système et de nos succès passés en fonction des questions que vous allez nous poser, parce que les enjeux ont souvent un lien avec les instruments de limitation des coûts, le budget, l'assurance de la qualité, et ainsi de suite.

Dre Margot Faelker, directrice adjointe, Section des questions financières relatives à l'assurance-santé réglementaire, ministère de la Santé de l'Allemagne: M. Baum vous a donné les principaux points du cadre et de la façon dont le système fonctionne. On pourra maintenant s'en servir pour répondre à vos questions.

Le président: Je comprends la façon dont fonctionnent les caisses-maladie, mais quel est le rôle de l'assurance privée? Pourquoi les gens achèteraient-ils de l'assurance privée s'ils peuvent cotiser à la caisse-maladie par l'entremise de leur employeur? Quel rôle joue le secteur de l'assurance privée dans ce domaine?

M. Baum: Dans les pays européens et en Allemagne, les compagnies d'assurance privée jouent un rôle important, parce qu'elles offrent une protection complète. Comme 10 p. 100 de la population adhèrent au régime privé, les gens le comparent à celui d'autres pays européens. Un contrat d'assurance privée vous

you want insured. Most people who earn more than 6,500 Deutschmarks are voluntarily in the private system. They can buy an insurance package which is comparable with those in the federal health care system.

Dr. Faelker: Within the statutory health insurance, 90 per cent of the population is insured. The private health insurance system covers only 10 per cent of the population. As Mr. Baum explained to you when giving the framework, people can decide to enter the private system when their income reaches the threshold limit of 6,500 German marks.

If you want to evaluate the relevance of the private health insurance, you must take into account that most people are insured in the statutory health insurance system. There are differences in the coverage of benefits. If you choose private health insurance, you have to decide on a certain catalogue of benefits. When you are a member of the statutory health insurance, you have a comprehensive benefit package which every health insurance fund offers.

The Chairman: Why would an individual prefer the private system to the sickness fund system? What would motivate someone with a high income to go into the private system?

Mr. Baum: It is an individual decision. The contribution rate for the private insurance system is calculated on individual risk. Most university graduates in academic jobs reach the high-income level within a few years of graduation. Because the contribution rate is calculated on individual risk, the private insurance system offers these young people a very good price at the start, compared to the contribution rate which they must pay in the federal health care system. If your earnings are at the ceiling, of course, you must pay the highest contribution rates. For the young, it is an economic decision. Not all young people leave the federal health care system though, because they know that it can be very difficult to get back in.

Because the contribution rate in the private insurance system is calculated on individual risk, only the individual risk is insured. In the federal health care system the risk of the whole family is insured. In families where one of the partners stays at home to mind the children, each child is insured without additional contribution to the health care system. Thus, couples must calculate for more than one, two or ten years because they both must follow a lifelong decision. There are good reasons to stay in the federal health care system.

The Chairman: Is it not a decision that a person could make at the age of 25 and then easily change at the age of 50?

Mr. Baum: It was easily changed in the past, but we closed the holes in the legislation. Under certain conditions, a person may re-qualify for the federal health care system. However, it is not so easy to do.

permet de choisir les avantages que vous voulez assurer. La plupart des personnes qui gagnent plus de 6 500 marks adhèrent volontairement au régime privé. Ils peuvent acheter un forfait d'assurance comparable à ce qu'offre le système de soins de santé fédéral.

Dre Faelker: L'assurance-maladie gouvernementale protège 90 p. 100 de la population. Le système privé ne protège que 10 p. 100 de la population. Comme vous l'a expliqué M. Baum en vous donnant un aperçu de la structure, les gens peuvent décider d'adhérer au système privé dès que leur revenu atteint un seuil limite de 6 500 marks.

Si vous souhaitez évaluer la pertinence de l'assurance-maladie privée, il vous fait tenir compte du fait que la plupart des gens sont assurés par le système d'assurance-maladie gouvernementale. Il y a de différences en ce qui concerne les avantages offerts. Si vous choisissez d'adhérer à une assurance-maladie privée, vous devez choisir un certain ensemble d'avantages. Si vous adhérez à l'assurance-maladie gouvernementale, vous avez accès à un éventail complet d'avantages que tous les fonds d'assurance-maladie offrent.

Le président: Pourquoi une personne préférerait-elle le système privé au régime des caisses-maladie? Quel intérêt aurait une personne dont le revenu est élevé à adhérer au système privé?

M. Baum: C'est une décision personnelle. Le taux de cotisation du système d'assurance privée est calculé selon le risque de chacun. La plupart des diplômés d'université qui occupent un emploi dans leur secteur d'étude atteignent le seuil du revenu élevé quelques années après avoir obtenu leur diplôme. Comme le taux de cotisation est calculé en fonction du risque de chacun, le régime d'assurance privée offre à ces jeunes un très bon prix au départ, comparativement au taux de cotisation qu'ils doivent verser s'ils adhèrent au système de soins de santé fédéral. Si vos gains atteignent le plafond, vous devrez évidemment verser les taux de cotisation les plus élevés. Pour les jeunes, la décision est de nature économique. Cependant, tous les jeunes ne quittent pas le système de soins de santé fédéral, parce qu'ils savent qu'il pourrait leur être très difficile de le réintégrer.

Comme le taux de cotisation du régime d'assurance privé est calculé en fonction du risque de chacun, seul le risque individuel est assuré. Dans le système de soins de santé fédéral, le risque de toute la famille est assuré. Dans les familles où l'un des partenaires demeure à la maison pour s'occuper des enfants, chaque enfant est assuré sans cotisation supplémentaire au système de soins de santé. Par conséquent, les couples doivent faire leur calcul d'une, deux ou dix années, parce qu'ils doivent prendre une décision qui aura des effets toute leur vie durant. Il y a de bonnes raisons pour continuer d'adhérer au système de soins de santé fédéral.

Le président: Ce n'est donc pas une décision qu'une personne pourrait prendre à l'âge de 25 ans pour changer d'idée facilement à l'âge de 50 ans?

M. Baum: C'était facile de le faire dans le passé, mais nous avons bouché les trous de la loi. Dans certaines conditions, une personne peut redevenir admissible au système de soins de santé fédéral. Cependant, ce n'est pas facile.

The Chairman: I have one last question on the private health care system. As I understand it, physicians are paid more for performing the same procedure if the individual is privately insured than if insured under a sickness fund. Is that true? If that is true, does it follow that in the private system an individual automatically receives preferential treatment — speed and quality of service — because the physician wants to make more money?

Mr. Baum: I would say that the medicine is the same under private insurance and the social security system. The prices paid for the medicine are different. For people under the private care system there is a special fee-for-service guide set out by the ministry. We are responsible for setting these fees at the federal health care system. In the federal health care system the fees are negotiated between the sickness funds and the doctors associations. The price difference is 100 per cent: if the doctor treats a patient under the private system, he receives double the income that he would receive under the federal health care system.

We oversee the system, so privately-insured people will not receive better medicine. The private system will be required to conform to the federal system. Some may feel more comfortable in the private system, but when the kinds of treatment — especially high-tech medicine — are examined, there really is no difference in the treatment received. An ill patient need not be privately insured to become healthy again. That is not necessary.

Senator Graham: Mr. Baum, in your opening remarks, if I heard you correctly, you said that the system was financed without taxes and that it was controlled by law, but not run by the government. Is that correct?

Mr. Baum: That is correct.

Senator Graham: Your system is financed without taxes and it is controlled by law, but not actually run by the government. If that is the case, how are the sickness funds accountable to government? Are the sickness funds accountable to the federal government, to the *lander* or to both?

Mr. Baum: We have two kinds of sickness funds in this context. One is the local sickness funds — most of the company sickness funds. They are under the supervision of the state government — the state, “*lander*”. Those sickness funds that are at the federal level are the former white collar sickness funds. We call them nation-wide sickness funds. These sickness funds fall under the supervision of an agency of the federal government.

On the one side, there is the *lander* supervision system and, on the other side, there is the federal supervision system. Those two systems control the sickness funds; they control their households. If they plan to increase the contribution rate, they have to ask for it. That decision is accompanied by the supervision system. If insured people do not feel comfortable with benefit decisions, they can appeal to these institutions. In this way they are controlled.

Le président: J’ai une dernière question au sujet du système de soins de santé privé. D’après ce que je comprends, les médecins touchent une rémunération plus grande s’ils exécutent un acte pour une personne qui a une assurance privée que pour une personne qui adhère à une caisse-maladie. Est-ce exact? Si c’est le cas, est-ce à dire que le système privé accorde automatiquement un traitement préférentiel à ses clients — au chapitre de la rapidité et de la qualité des services — parce que le médecin veut faire plus d’argent?

M. Baum: Selon moi, les services médicaux offerts ne diffèrent pas selon que la personne est assurée par le système de sécurité sociale ou par le secteur privé. Le prix payé pour les médicaments est différent. Les personnes qui adhèrent au système privé ont accès à un guide spécial concernant les honoraires, qui a été établi par le ministère. C’est nous qui avons la responsabilité d’établir les honoraires exigés dans le système de soins de santé fédéral et qui sont négociés par les responsables des caisses-maladie et les associations de médecins. La différence de prix est de 100 p. 100: si le médecin traite un patient protégé par le système privé, il reçoit le double de la rémunération que lui verserait le système de soins de santé fédéral.

Nous supervisons le système, de sorte que les personnes qui ont une assurance privée ne reçoivent pas des services de meilleure qualité. Le système privé doit se conformer au système fédéral. Certains peuvent se sentir plus à l’aise dans le système privé, mais quand on examine le type de traitement — et particulièrement la médecine de pointe —, on n’observe en réalité aucune différence au chapitre du traitement reçu. Le malade n’a pas à avoir une assurance privée pour recouvrer la santé. Ce n’est pas nécessaire.

Le sénateur Graham: M. Baum, dans vos remarques liminaires, vous avez dit, si je ne me trompe, que le système était financé sans impôt et qu’il était contrôlé par la loi, mais pas exploité par le gouvernement. Est-ce exact?

M. Baum: Oui.

Le sénateur Graham: Votre système est financé sans impôt et est contrôlé par la loi, mais il n’est pas réellement exploité par le gouvernement. Si c’est le cas, comment s’exerce la reddition de comptes des caisses-maladie au gouvernement? Est-ce qu’elles rendent des comptes au gouvernement fédéral, aux *Länder*, ou aux deux?

M. Baum: Sur ce point, nous avons deux types de caisses-maladie. L’un d’entre eux est formé des caisses-maladie locales, c’est-à-dire de la plupart des caisses-maladie des entreprises. Elles sont supervisées par le gouvernement de l’État — l’État, les *Länder*. Ces caisses-maladie fédérales sont ce qu’on appelait auparavant les fonds de maladie des cols blancs. Nous parlons maintenant de caisses-maladie nationales. Ces caisses-maladie sont supervisées par un organisme du gouvernement fédéral.

D’une part, il y a le système de surveillance des *Länder* et, d’autre part, il y a le système de surveillance fédéral. Ces deux systèmes permettent le contrôle des caisses-maladie: il s’agit d’un contrôle à l’échelle locale. Si les responsables veulent augmenter le taux de cotisation, ils doivent en faire la demande. Cette décision est soumise au système de surveillance. Si les assurés n’acceptent pas pleinement les décisions relatives aux prestations,

Senator Graham: Are the sickness funds permitted to incur debts or to keep profits?

Mr. Baum: These are non-profit organizations. Only the private insurance works on a profit basis.

Senator Graham: Are they permitted to incur debts?

Mr. Baum: Yes, but there is a debt limitation. They can incur debt if there is the prospect that revenues will increase over the course of the year. We have exceptions for that which we introduced as we integrated the eastern part of the country. However, the law says that every sickness fund must maintain a minimum balance of one and one-half months' income in reserve. If they fail to do that, action will be taken.

For a short time, they can have debt, but if that debt continues over the year, then contribution rates must be increased. That is an interesting question because, as I mentioned, there is competition between the sickness funds. Some sickness funds try not to increase their contribution rate, but they go into debt. That then causes the supervision system to take action.

Senator Graham: If the sickness fund earns a profit, would it be retained against the possibility of future debts?

Dr. Faelker: The health funds have the right and the necessity to maintain reserves, as Mr. Baum told you. Within their financing plans, they are required to show to the authorities that control the health funds what the time frame required to spend those profits will be. If the profits exceed one year, then the contribution rates must be lowered. It is an issue of the calculation, the financial plans of the insurance funds and the supervision by the authorities.

Senator Graham: That is interesting. My other question relates to administrative costs. What proportion or what percentage of total health care spending in Germany is devoted to administrative costs, and how does this proportion compare to other European health care systems?

Dr. Faelker: The proportion of administrative costs in the system of the statutory health insurance is very low. It is approximately 5.6 per cent of all spending on health insurance. This proportion has been constant through many years. In international comparison, the administrative costs of the system are very low. To give you a comparison, similar costs in the private health insurance are about at 12.5 per cent of the whole spending of the private health insurance.

Senator Morin: Thank you very much for your presentation.

I would like to address the matter of the costs of the health care system in Germany. The costs are higher in Germany than they are in other countries and higher than in Canada. Have they increased in the last two years, as they have increased here in North America? Do you think these costs are too high?

Also, I would like to follow up on the question of Senator Graham. Canada and many other countries have a single payer, while in Germany there are more than multiple payers. The

ils peuvent interjeter appel devant ces institutions. En ce sens, elles sont contrôlées.

Le sénateur Graham: Les caisses-maladie peuvent-elles s'endetter ou faire des profits?

M. Baum: Il s'agit d'organismes sans but lucratif. Seules les assurances privées ont un but lucratif.

Le sénateur Graham: Ont-elles le droit de s'endetter?

M. Baum: Oui, mais jusqu'à un certain point. Elles peuvent s'endetter si elles estiment que les revenus vont augmenter au cours de l'année. Nous avons prévu des exceptions à cette règle, que nous avons appliquée lorsque nous avons intégré la partie est du pays. Cependant, la loi stipule que toutes les caisses-maladie doivent maintenir une réserve minimale de un mois et demi de revenu, sans quoi elles s'exposent à des poursuites.

Elles peuvent avoir des dettes pour une brève période, mais si la dette n'est pas réglée au cours de l'année, elles doivent alors augmenter le taux de cotisation. Il s'agit là d'une question intéressante parce que, je le répète, les caisses-maladie se font concurrence. Certaines essaient de ne pas augmenter leur taux de cotisation, mais elles doivent pour cela s'endetter, ce qui amène l'intervention du système de surveillance.

Le sénateur Graham: Si la caisse-maladie fait un profit, peut-il être mis de côté pour parer à de futures dettes?

Dre Faelker: Comme vous l'a dit M. Baum, les caisses-maladie ont le droit et le devoir de maintenir des réserves. Elles doivent, à l'intérieur de leur plan de financement, divulguer aux autorités de contrôle la période requise pour dépenser ces profits. Si ce n'est pas fait après un an, les taux de cotisation doivent être réduits. C'est une question de calcul, des plans financiers des fonds d'assurance et de surveillance par les autorités.

Le sénateur Graham: C'est intéressant. Mon autre question concerne les coûts d'administration. Quelle proportion ou quel pourcentage des dépenses totales en soins de santé en Allemagne est consacré aux frais d'administration, et en quoi cette proportion se compare-t-elle avec celle des autres systèmes de soins de santé européens?

Dre Faelker: La proportion de frais d'administration dans le régime d'assurance-maladie fédéral est très faible. Elle est d'environ 5,6 p. 100 des dépenses en assurance-maladie. Cette proportion n'a pas changé depuis bien des années. Par rapport aux autres pays, les coûts d'administration de notre système sont très faibles. Pour vous donner une comparaison, disons que les régimes d'assurance-maladie privés ont des frais d'administration d'environ 12,5 p. 100.

Le sénateur Morin: Merci beaucoup de votre exposé.

J'aimerais maintenant parler des coûts du système de soins de santé en Allemagne. Les coûts sont plus élevés en Allemagne que dans d'autres pays et ils sont plus élevés qu'au Canada. Ont-ils augmenté au cours des deux dernières années comme ils l'ont fait ici en Amérique du Nord? Pensez-vous qu'ils sont trop élevés?

De plus, j'aimerais poursuivre dans le sens de la question du sénateur Graham. Comme bien d'autres pays, le Canada a un payeur unique, tandis que l'Allemagne en compte une multitude.

number is in the hundreds, if not more. Does having multiple payers increase the administrative costs? For us, 5 per cent is a bit high compared to the private system. Administrative costs of the Canadian system are lower than 5 per cent. I do not have the figure at the tip of my fingers, but it is around 2 per cent. Does having multiple payers in Germany increase the total costs, or are there other factors that explain why there are higher costs for health care in Germany than in other European countries, Canada or Australia?

Dr. Faelker: It has to be noted that the benefit package that is covered by the statutory health insurance is quite comprehensive. In comparison to other countries, it is a larger. Within the package there are many inpatient and outpatient treatments. As Mr. Baum already stated, even high-tech medicine is financed and covered. Dentures, drugs, remedies, medical aids, transportation costs and even sickness payments are all covered. We have a large system of rehabilitation and spa facilities. Not many countries have such a system and that is one reason why the system is so expensive.

On the other side of the coin, we know that there are inefficiencies in the system. The senator is correct in assuming that the multiple payer system partially contributes to such inefficiencies. However, on the whole, I think that it is the large benefit package that is responsible for the high costs. To make the system more efficient, an advisory council will identify areas of over-use, under-use and misuse of treatments. We expect the report of the advisory council at the end of the year.

Mr. Baum: Let me address the multiple payer system of which you spoke. The sickness funds do not receive contribution money directly from individually-insured people. That is only the exception. In the mass field, the employer finances both parts. It is a payroll tax which is directly brought from the company to the sickness funds. There are no direct financial relations between insured people concerning the contribution to the sickness funds, but only people who are not in the employment system, people who are not in the pension system — and this is the majority in the system — have a direct financial relationship with the sickness fund. This is important in the system.

Dr. Rudolf Vollmer, Director-General, Head of Directorate Long-Term Nursing Care Insurance: I apologize for being late, but we had a delegation from the OECD from Paris.

We have to avoid the impression that the contribution is not paid by the workers. It is deducted by the employer. It is important to note that half is deducted from the wages of the employee. It is a pay-as-you-go system. The current expenditure is paid for by current contributions. Although we have multiple health insurance funds, they all apply the same law, which means that they cannot really have competition as far as services are concerned.

Il y en a des centaines, sinon plus. Le fait d'avoir de multiples payeurs augmente-t-il les frais d'administration? À nos yeux, 5 p. 100 est un peu élevé comparativement au système privé. Les frais d'administration du système canadien sont inférieurs à 5 p. 100. Je n'ai pas les chiffres avec moi, mais ils se situent autour de 2 p. 100. Le fait d'avoir des payeurs multiples en Allemagne augmente-t-il le total des coûts, ou y a-t-il d'autres facteurs qui expliquent pourquoi les coûts de la santé sont plus élevés en Allemagne que dans d'autres pays européens, au Canada ou en Australie?

Dre Faelker: Il faut souligner que l'ensemble d'avantages couverts par le régime d'assurance gouvernemental est très exhaustif. Comparativement à d'autres pays, il a plus d'envergure. Il offre nombre de traitements aux patients hospitalisés et en clinique externe. Comme M. Baum l'a déjà mentionné, même la médecine de pointe est financée et couverte. Les appareils dentaires, les médicaments, les remèdes, les aides-médicau, les frais de transport et même les prestations de maladie, tout cela est couvert. Nous avons un important système de réadaptation et même des stations thermales. Rares sont les pays qui ont un tel système, et c'est l'une des raisons qui expliquent pourquoi il coûte si cher.

Par contre, nous savons que certains éléments du système ne sont pas efficaces. Le sénateur a raison de dire que le système des payeurs multiples y contribue en partie. Cependant, dans l'ensemble, c'est l'importante panoplie d'avantages qui est selon moi responsable des coûts élevés. Pour que le système soit plus efficace, le conseil consultatif cernera les secteurs où les traitements sont surutilisés, sous-utilisés ou mal utilisés. Le conseil devrait déposer son rapport à la fin de l'année.

M. Baum: Laissez-moi vous donner quelques précisions au sujet du système de payeurs multiples dont vous avez parlé. Les caisses-maladie ne reçoivent pas de cotisation directement de chaque assuré, sauf exception. Le plus souvent, c'est l'employeur qui finance les deux parties. Il s'agit d'une charge sociale qu'assume directement l'entreprise pour la caisse-maladie. Il n'y a pas de relations financières directes avec les assurés pour ce qui touche la cotisation à la caisse-maladie, car seules les personnes qui ne sont pas sur le marché du travail, qui ne sont pas inscrites au régime de pension — comme l'est la vaste majorité dans le système — ont une relation financière directe avec la caisse-maladie. C'est là un élément important du système.

Dr Rudolf Vollmer, directeur général, chef du conseil d'administration, Assurance des soins infirmiers à long terme: Je m'excuse d'être en retard, mais nous avons eu une délégation des bureaux de l'OCDE à Paris.

Il nous faut dissiper l'impression selon laquelle les cotisations ne sont pas payées par les travailleurs. Elles sont déduites par l'employeur. Il importe de souligner que la moitié est déduite du salaire de l'employé. Le système fonctionne selon une méthode de financement par répartition. Les dépenses courantes sont payées par les cotisations courantes. Même si nous avons de multiples caisses d'assurance-maladie, elles appliquent toutes la même loi, de sorte que nous ne pouvons réellement avoir de concurrence en ce qui concerne les services.

Senator Morin: When I was referring to the cost of health care, I was referring to total cost, both public and private.

I would like to move to the private-for-profit hospitals. I understand that in Germany, at the present time, one hospital in five is operated for profit. Are these hospitals owned by companies? Must they, by law, be German companies or could they be European companies, such as French or British? Are some of them owned by doctors? What types of procedures are performed in these private hospitals? Do they perform cardiac surgery or cancer treatment, or are there relatively minor procedures carried out in those hospitals?

Mr. Baum: It does not matter whether I speak of private hospitals, public hospitals, or welfare-carried hospitals, all the hospitals, which have the right to provide treatment to people and that are insured in the statutory health care system, work on the same basis. It does not matter whether it is privately or publicly-run, if the hospital is one of the 2,250 hospitals that are introduced in one of the lander hospital plans, because we have a lander-wide hospital planning system, it has a contract with the sickness fund.

Perhaps only 50 to 100 hospitals in Germany work on a private basis where people from the statutory health care system cannot be treated. However, hospitals in Germany are eager to get contracts for people in the social security system. In our system, a privately-carried hospital means the same thing as public hospital. They all have the different programs. Parts of the university are carried by private people. We have big private hospitals in high-tech medicine for cancer. There is no difference in this program.

You have to differentiate between the kind of private program which has no access to the social security system. However, those are in the minority and it makes no sense to speak much about them because they play no great role in our system. It does not depend on whether it is an American company or a German company. Capital companies that have stocks are owners of hospitals. International companies on the medicare market have access to the German hospital market now.

Senator Morin: Is there a problem in Germany with the waiting time for diagnostic or surgical procedures? How important is that, or does that exist?

Mr. Baum: It is not a public discussion. For major surgeries, hip surgeries, cardiologic surgeries, or cancer diagnostics, for example, we have no discussion about waiting lists in the country. There is the possibility that people prefer to go to a specific hospital in a region. If it is an elective surgery, someone might say, for example, he or she will have a hip in eight weeks, but this is due to preferences for a specific hospital. In general, we will not have an emergency case situation in the whole country for any

Le sénateur Morin: Lorsque je parlais du coût des soins de santé, je parlais du coût total, dans le secteur public comme dans le secteur privé.

Parlons maintenant des hôpitaux privés à but lucratif. D'après ce que je comprends, à l'heure actuelle en Allemagne, un hôpital sur cinq est exploré à des fins lucratives. Ces hôpitaux appartiennent-ils à des entreprises? Sont-ils tenus par la loi d'être des sociétés allemandes ou peuvent-ils être des sociétés européennes, françaises ou britanniques? Est-ce que certains d'entre eux appartiennent à des médecins? Quel type d'actes sont effectués dans ces hôpitaux privés? Y fait-on de la chirurgie cardiaque? Y traite-t-on le cancer? Ou se contente-t-on d'y pratiquer des actes relativement mineurs?

M. Baum: Peu importe si l'on parle d'hôpitaux privés, d'hôpitaux publics ou d'hôpitaux exploités par les régimes d'aide sociale, tous les hôpitaux, qui ont le droit de fournir des traitements à des gens et qui sont assurés par le système de soins de santé gouvernemental, fonctionnent selon les mêmes principes. Qu'ils soient exploités par une société privée ou par le secteur public, si l'hôpital compte parmi les 2 250 hôpitaux qui figurent dans les plans hospitaliers des «Länder», puisque notre système de planification des hôpitaux se fait à cette échelle, il doit avoir un contrat avec la caisse-maladie.

On ne compte peut-être en Allemagne que de 50 à 100 hôpitaux qui fonctionnent selon un mode privé et où les gens qui adhèrent au système de soins de santé gouvernemental ne peuvent être traités. Cependant, les responsables des hôpitaux en Allemagne souhaitent à tout prix établir des contrats au sujet des personnes qui adhèrent au régime de sécurité sociale. Dans notre régime, un hôpital exploité par des intérêts privés est la même chose qu'un hôpital public. Tous offrent le même éventail de programmes. Une partie des hôpitaux universitaires est exploitée par le secteur privé. Nous avons de gros hôpitaux privés qui font de la médecine de pointe pour le traitement du cancer. Pour ce programme, il n'y a pas de différence.

Ce n'est pas la même chose pour le type de programme privé auquel le système de sécurité sociale ne donne pas accès. Cependant, ce type de programme constitue la minorité, et il n'est pas vraiment utile d'en parler beaucoup parce que son rôle dans notre système est plutôt mineur. Le fait qu'il s'agisse d'une entreprise américaine ou allemande n'a pas d'importance. Des sociétés de capitaux cotées en bourse possèdent des hôpitaux. Et à présent, des sociétés internationales qui oeuvrent sur le marché de l'assurance-maladie ont accès au marché des hôpitaux allemands.

Le sénateur Morin: Y a-t-il en Allemagne des problèmes en ce qui concerne les délais pour l'obtention d'un diagnostic ou une opération? Le cas échéant, quels sont-ils?

M. Baum: Les délais ne font pas l'objet d'un débat public. Pour les grandes opérations, les interventions chirurgicales à la hanche, la chirurgie cardiaque ou les diagnostics de cancer, par exemple, des listes d'attente dans notre pays ne posent pas de problème. Les gens peuvent choisir un hôpital précis dans une certaine région. S'il s'agit d'une opération non urgente, quelqu'un pourrait dire, par exemple, qu'il se fera opérer à une hanche dans huit semaines, mais cela est dû à sa préférence pour un hôpital

kind of surgery that people have. For a time we had a discussion about specific cardiology surgeries, but then the lander organized a system to monitor free capacity and the problem was solved.

The Chairman: Why have you not had a waiting line problem? Other countries with which we have had discussion have experimented with various ways of dealing with the waiting line problem. Our data shows you have significantly more physicians per 1.000 of population than most countries, and you have probably double the number of acute care beds that most countries have. Is that the reason? Is it that fundamentally you just have such a large supply? If that is the reason, I am surprised that you are able to financially sustain that amount of supply because it is the cost of supply that has curtailed the supply in many other western countries.

Mr. Baum: Yes, it is. We are speaking from a general over-capacity program in the German health care system, especially in the hospital field. If you examine the ratio of beds to population, we are at the top, compared with the United States or many other countries. The Austrians have a similar rate to ours. This capacity is expensive and we are trying to reduce it.

We have too many outpatient doctors. Therefore, in 1993 we introduced a planning system for outpatient doctors. Unless there is a demand for a specific kind of doctor, for example, a family doctor or an eye doctor, within a county where there is a special ratio between the population and doctors, then it is not possible for a new doctor to enter the outpatient system. We tried to solve the problem of an oversupplied system.

At this point we believe that we have a total cost containment reversal. In hospitals, for instance, we are now introducing a Diagnostic Related System, DRG, in which there will be a built-in process to reach the capacity we need. We have a longer length of stay in the hospital, 10.4 days on average, in comparison with the systems in North America or in France. In France, they have close to half of that.

The Chairman: What did you call that system?

Mr. Baum: It is called the DRG system, Diagnostic Related Group, for financing the hospital treatment.

The Chairman: What have your attempts to curtail the entrance of new physicians into the market done to your enrolment in medical schools? Are you simply producing doctors for other countries in Europe?

précis. En général, il n'y a d'attente nulle part au pays lorsqu'une intervention chirurgicale est urgente, quel qu'en soit le type. Durant un certain temps, nous avons eu un débat au sujet de certaines interventions cardiologiques précises, mais les *Länder* ont organisé un système de suivi de la capacité, et le problème a été réglé.

Le président: Pourquoi n'avez-vous pas eu de problème avec les listes d'attente? D'autres pays avec lesquels nous avons eu des discussions ont expérimenté diverses façons de régler le problème des listes d'attente. Nos données révèlent que votre nombre de médecins pour 1 000 habitants est nettement plus élevé que celui de la plupart des pays, et vous avez probablement deux fois plus de lits de soins de courte durée que la plupart des pays. Est-ce pour ça? Est-ce que c'est fondamentalement parce que votre offre est si importante? Si c'est le cas, je m'étonne que vous puissiez soutenir financièrement cette offre, parce que c'est le coût de l'offre qui a réduit celle-ci dans bien d'autres pays occidentaux.

M. Baum: Oui, c'est pour cette raison. Il y a une surcapacité générale du programme dans le système de soins de santé allemand, surtout dans le domaine hospitalier. Si vous examinez le rapport entre le nombre de lits et le nombre d'habitants, vous constaterez que nous sommes au sommet lorsqu'on nous compare aux États-Unis ou à bien d'autres pays. Les Autrichiens ont un taux semblable au nôtre. Cette capacité coûte cher, et nous tentons de la réduire.

Nous avons beaucoup trop de médecins qui oeuvrent en clinique externe. Par conséquent, en 1993, nous avons mis sur pied un système de planification à leur intention. À moins que la demande relative à un type particulier de médecins le justifie, par exemple dans le cas d'un médecin de famille ou d'un ophtalmologiste, à l'intérieur d'un comté où la proportion entre la population et le nombre de médecins présente un trait particulier, il n'est pas possible pour un nouveau médecin d'entrer dans le système des cliniques externes. Nous tentons de résoudre le problème d'un système où l'offre est excessive.

À l'heure actuelle, nous croyons observer un renversement total en ce qui concerne la compression des coûts. Dans les hôpitaux, par exemple, nous mettons actuellement sur pied un système de diagnostics repères pour la gestion, dont le sigle est DRG, et dans lequel un processus est intégré pour nous permettre d'atteindre la capacité dont nous avons besoin. Les séjours à l'hôpital sont plus longs chez nous, avec 10,4 jours en moyenne, qu'en Amérique du Nord ou en France; en France, ils y sont de près de deux fois moindres.

Le président: Comment avez-vous appelé ce système?

M. Baum: Nous parlons du système DRG, pour diagnostics repères pour la gestion, et ce système sert au financement du traitement à l'hôpital.

Le président: Quel a été l'effet de vos mesures visant à réduire l'entrée de nouveaux médecins sur le marché au chapitre de l'inscription dans les écoles de médecine? Vous trouvez-vous à simplement former des médecins qui vont travailler dans d'autres pays d'Europe?

Mr. Baum: This is one of our greatest political problems. The federal government is interested in reducing the current number of about 10,000 or 11,000 doctors graduating every year from our medical schools. We do not need 11,000 doctors every year in Europe. There are different political levels. Universities are run by the lander and these are run by the ministry of culture and education. We are working on the side of the health care people. If you try to make a shortage for a university, you are working in its field and it is very difficult to mandate the universities by federal law to reduce their capacity because every leader of a university defines himself by the science he has. It is a very difficult discussion we are having in the country.

Dr. Faelker: With our reform act of 1992, we introduced an age limit of 68 years for doctors in outpatient care. In the year 2000, for the first time, the number of outpatient doctors who left the system was higher than the number of doctors who entered it. In the long term we hope to reduce the oversupply of outpatient doctors.

Senator Callbeck: Certainly your health care system is very broad indeed; it covers a lot of services.

You mentioned user fees. What about nursing care at home? I assume that is covered under the sickness funds, but is there a user fee?

Mr. Baum: We have two sectors of nursing at home. They are part of the nursing services that are financed by sickness funds. Those are the services one needs to prevent a hospital stay or to leave the hospital earlier. I would call that the short-term nursing system.

People who have a long-term demand are the responsibility of my colleague, Dr. Vollmer.

Dr. Vollmer: As part of the health care insurance system, we cover professional home care according to care levels. Certain limits are in place. We pay home care according to 20 defined service complexes. For example, a person who needs help in getting ready in the morning, help in getting up and being dressed, et cetera, would be one kind of service complex. The amount of money paid is according to three care levels. At level one, we pay about 750 marks, which is about \$250 at present. At care level two, we pay 1800 marks, which is about U.S. \$900. At care level three, 2,800 marks per month can be used for home care services. Care is provided in the fields of nutrition, mobility, personal hygiene and household help.

Senator Callbeck: What about nursing homes? Who pays for someone to live in a nursing home?

Dr. Vollmer: I would have to explain to you the care system. We introduced care insurance in 1994 and it is fully effective now.

M. Baum: C'est l'un de nos plus importants problèmes politiques. Le gouvernement fédéral veut réduire le nombre de médecins diplômés chaque année de nos écoles de médecine, qui se situe actuellement à environ 10 000 ou 11 000. Nous n'avons pas besoin de 11 000 nouveaux médecins chaque année en Europe. Il y a différentes instances politiques. Les universités sont exploitées par les *Länder* ainsi que par le ministère de la culture et de l'éducation. Nous travaillons avec les soignants. Si vous tentez de réduire le nombre de diplômés produits par une université, vous entrez dans son champ de compétences et il est très difficile de donner aux universités par une loi fédérale le mandat de réduire leur capacité, parce que tous les dirigeants d'une université se font une fierté de former des gens en sciences. C'est une discussion très difficile qui a cours au pays.

Dre Faelker: Avec la réforme législative de 1992, nous avons imposé une limite d'âge de 68 ans aux médecins qui travaillent en clinique externe. En l'an 2000, pour la première fois, le nombre de médecins de ce type qui ont quitté le système était plus élevé que le nombre de médecins qui y sont entrés. À long terme, nous espérons réduire le surnombre de médecins qui oeuvrent en clinique externe.

Le sénateur Callbeck: On peut certes dire que votre système de soins de santé est très large; il couvre toute une panoplie de services.

Vous avez parlé de frais d'utilisation. Qu'en est-il des soins infirmiers à domicile? Je présume qu'ils sont couverts par la caisse-maladie, mais y a-t-il des frais d'utilisation?

M. Baum: Nous avons deux secteurs qui s'occupent de soins infirmiers à domicile. Ces services font partie des soins infirmiers financés par la caisse-maladie. Ce sont ceux qui permettent à une personne d'éviter un séjour à l'hôpital ou de quitter l'hôpital plus tôt. Je parlerais alors du système de soins infirmiers à court terme.

Les personnes qui ont besoin de soins pour longtemps relèvent de mon collègue, le Dr. Vollmer.

Dr. Vollmer: Dans le cadre du régime d'assurance-maladie, nous couvrons les soins professionnels à domicile en fonction de l'importance des soins requis. Certaines limites ont été instaurées. Nous payons les soins à domicile en fonction de vingt ensembles de services définis. Ainsi, une personne qui a besoin d'aide pour sa toilette matinale, pour se lever et pour s'habiller, par exemple, aura besoin d'un ensemble de services défini. La somme versée est établie en fonction de trois niveaux de soins. Au premier niveau, nous versons environ 750 marks, soit environ 250 \$ actuellement. Au niveau deux, nous versons 1 800 marks, c'est-à-dire quelque 900 \$ US. Au niveau trois, 2 800 marks par mois peuvent être utilisés pour les services de soins à domicile. Les soins concernent la nutrition, l'aide à la mobilité, l'hygiène personnelle et l'aide ménagère.

Le sénateur Callbeck: Qu'en est-il des foyers de soins infirmiers? Qui paie le séjour d'une personne dans l'un de ces foyers?

Dr. Vollmer: Il faut que je vous explique comment fonctionne le système de soins. Nous avons introduit une assurance à cet égard en 1994, et elle est totalement en vigueur actuellement.

In nursing home care, the care insurance again pays according to different levels. We pay between 2.000 marks at care level one, 2.500 marks in care level two and 2.800 marks in care level three. If you divide the number of marks by half, you will have the equivalent sum in U.S. dollars.

Of course, those amounts do not suffice to pay for institutional care, which is extremely high — up to 10.000 marks per month. The average cost is around 7.000 or 8.000 marks. The individual must pay the differential. If he or she cannot pay, then supplementary social benefits are available. In institutions, about 35 per cent of people are dependent, according to a means test, on social welfare or supplementary benefits.

Senator Robertson: To continue with Senator Callbeck's line of questioning, where is most of your primary care delivered — in the hospital, in the community, in the home or in the workplace?

Dr. Faelker: Most primary care is delivered by outpatient physicians — by family doctors or general practitioners and specialists. A German specialty is that we have specialists in the outpatient area and in the hospitals. If a patient needs a specialist, he or she need not go to a hospital, as is the case in many other national health services.

Senator Robertson: If I understand you correctly, your primary care patients are not admitted to the structural hospital?

Dr. Faelker: These patients need not be admitted to hospital unless their disease is very severe. We have a rule that everything that can be treated on an outpatient basis should be treated on an outpatient basis. We have facilities in the outpatient area and in the hospital sector. Patients are only admitted to the hospital if necessary.

Mr. Baum: The hospitals, by law, are not allowed to give general treatment or diagnostic treatment which is possible in the outpatient system. People must have a prescription for a stay in a hospital. That is the rule. Of course, in the case of emergency, a patient can go directly to the hospital and be helped.

The outpatient system is very sophisticated with specialists and 100.000 doctors who organize outpatient treatment. Our budget shows that one-third of total spending, \$260 billion Deutschmarks, is spent for hospital stays and \$40 billion Deutschmarks are fees for the outpatient doctors. About 40 billion Deutschmarks are spent on drugs and other services which are bought outside. The outpatient system is a very dominant system in our country.

Senator Robertson: What percentage of the German population is comprised of senior citizens? Do you consider a senior to be 65 years of age or over?

While Dr. Faelker is looking that up, I will ask another question. You mentioned in the beginning that your health system is part of the social security system of Germany. Is there a point

Dans les foyers de soins infirmiers, l'assurance paie là encore en fonction de différents niveaux. Nous payons 2 000 marks au niveau un, 2 500 marks au niveau deux et 2 800 marks au niveau trois. Si vous divisez le nombre de marks par deux, vous aurez la somme équivalente en dollars US.

Évidemment, ces sommes ne suffisent pas à payer les soins en établissement, qui coûtent extrêmement cher, jusqu'à 10 000 marks par mois. Le coût moyen se situe autour de 7 000 ou de 8 000 marks. La personne doit payer la différence. Si elle est incapable de le faire, une prestation sociale supplémentaire lui est accessible. En établissement, quelque 35 p. 100 des personnes sont admissibles, en fonction d'un critère fondé sur les moyens, à des prestations d'aide sociale ou à des prestations supplémentaires.

Le sénateur Robertson: Pour poursuivre dans la même veine que le sénateur Callbeck, où vos soins de santé sont-ils principalement donnés: à l'hôpital, dans la collectivité, à la maison ou en milieu de travail?

Dre Faelker: La plupart des soins sont donnés par des médecins en clinique externe — des médecins de famille ou omnipraticiens et des spécialistes. En Allemagne, nous avons ceci de particulier que des spécialistes sont en poste dans les cliniques externes et dans les hôpitaux, comme dans bien des services nationaux de la santé.

Le sénateur Robertson: Si je comprends bien, vos patients de soins primaires ne sont pas admis dans les hôpitaux qui font partie de la structure?

Dre Faelker: Ces patients n'ont pas besoin d'être admis à l'hôpital sauf si leur maladie est très grave. Nous avons une règle selon laquelle tout ce qui peut être traité en clinique externe doit l'être. Nous avons des installations dans le domaine des cliniques externes et dans le secteur hospitalier. Les patients ne sont admis à l'hôpital que si c'est nécessaire.

M. Baum: La loi interdit aux hôpitaux de donner un traitement général ou d'établir un diagnostic si cela peut être fait par le système des cliniques externes. Les personnes doivent obtenir une ordonnance pour séjourner à l'hôpital. C'est la règle. Évidemment, lorsqu'il y a urgence, un patient peut se rendre directement à l'hôpital et y recevoir l'aide dont il a besoin.

Le système de clinique externe est très perfectionné, des spécialistes et 100 000 médecins y organisant les traitements offerts. Notre budget révèle que le tiers du budget de la santé, soit 260 milliards de marks, est consacré aux séjours à l'hôpital, tandis que 40 milliards de marks sont versés en honoraires aux médecins qui travaillent en clinique externe. Environ 40 milliards de marks sont consacrés aux médicaments et à d'autres services achetés à l'extérieur. Le système des cliniques externes joue un rôle capital dans notre pays.

Le sénateur Robertson: Quel pourcentage de la population allemande est formé de personnes âgées? Une personne est-elle considérée comme un aîné à partir de l'âge de 65 ans?

Pendant que le Dr Faelker cherche la réponse, je vais poser une autre question. Vous avez mentionné au début que votre système de santé fait partie du système de sécurité sociale de l'Allemagne.

where the health system integrates with other social security services or payments?

Mr. Baum: It is not a question of linking the services. It is more a question of the principle of how people in the country are protected in old age, in the pension system, in the unemployment system, in the long-term nursing system and in the health care system. We have four divisions of social security. The common sense of these systems is that the financing works on a solidarity basis. A person who has a high income makes a high contribution to the system. That person receives the same benefits as those who have low incomes. We define them as part of the social security system by the way in which we finance the system, which is solidarity financing. That is why they are integrated into the social security system.

Senator Robertson: You mentioned that the health benefits for long-term care for a senior citizen, perhaps in a nursing home, are not crossed or confused with other social benefits. Does each one always stand alone?

Dr. Vollmer: Care really means long-term, non-medical care; you have to be either ill or handicapped. Long-term care provided in a nursing home is basically non-medical care, apart from the nursing care that is ordered by a doctor. Of course, if the resident falls ill in a long-term nursing home, they will receive treatment by doctors, possibly in a hospital. That is an example of a combination of both systems.

In that case, of course, the health insurance will pay. If a patient requires hospitalization, a consultation, a family doctor, or medication, that will be covered by the health insurance.

Senator Robertson: Did you ascertain the percentage of the population who are seniors?

Dr. Vollmer: We currently have about 19.1 million people over the age of 60. That will rise, by the year 2010, to 21 million, which is about 26 per cent of the population. Between 2010 and 2030, the number of people in this age group will rise by another 6.7 million to 27.2 million. Over the same period of time, the total population will decrease from 84 million to 77 million inhabitants. As a result, by 2030, every third person living in Germany — 35 per cent, to be exact — will be over the age of 60.

Senator Robertson: Examining the senior population is a factor for us, because in Canada, it is a problem to try to find appropriate care for our senior citizens that does not break the bank. Most of them have major health problems by the time they require a nursing home.

In respect of your "split system" of that block of senior citizens, what percentage is accommodated in nursing homes? What

Y a-t-il quelque part une intégration, par le système de santé, d'autres services ou paiements de sécurité sociale?

M. Baum: La question n'est pas de savoir s'il faut lier les services. Cela concerne davantage le principe de la protection que peuvent obtenir les citoyens du pays parce qu'ils sont âgés, du régime de pension, du régime d'assurance-chômage, du système de soins infirmiers de longue durée et du système de soins de santé. Notre sécurité sociale comporte quatre divisions. La logique de ce système fait en sorte que le financement fonctionne selon un principe de solidarité. Une personne dont le revenu est élevé verse d'importantes cotisations au système. Elle reçoit les mêmes avantages que les personnes à faible revenu. Nous les définissons comme une partie du système de sécurité sociale en fonction de la façon dont nous finançons le système, qui est un financement par solidarité. C'est pourquoi ces personnes sont intégrées au système de sécurité sociale.

Le sénateur Robertson: Vous avez dit que les prestations de santé auxquelles a accès une personne âgée grâce aux soins de longue durée, parfois en foyer de soins infirmiers, ne sont pas comparées ou mêlées à d'autres prestations sociales. Chacune est donc autonome?

Dr Vollmer: En fait, les soins signifient tous les services non médicaux offerts pour une longue durée; il vous faut être malade ou handicapé. Les soins de longue durée fournis en foyer de soins infirmiers sont fondamentalement des soins de nature non médicale, hormis les soins infirmiers prescrits par un médecin. Évidemment, si le résident d'un foyer de soins infirmiers de longue durée tombe malade, il sera traité par des médecins, parfois à l'hôpital. Voilà un exemple de la combinaison des deux systèmes.

Évidemment, dans ce cas, l'assurance-maladie paiera. Si un patient exige une hospitalisation, une consultation, le recours à un médecin de famille ou un médicament, tout cela sera couvert par l'assurance-maladie.

Le sénateur Robertson: Avez-vous pu établir le pourcentage de la population qui est composée de personnes âgées?

Dr Vollmer: À l'heure actuelle, 19,1 millions des personnes qui habitent au pays ont plus de 60 ans. Ce chiffre augmentera d'ici l'an 2010 à 21 millions, soit environ 26 p. 100 de la population. Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes de ce groupe d'âge augmentera encore de 6,7 millions, pour atteindre 27,2 millions. Au cours de la même période, la population diminuera de 84 millions à 77 millions d'habitants. Par conséquent, en 2030, le tiers des personnes qui vivent en Allemagne — 35 p. 100 pour être exact — auront plus de 60 ans.

Le sénateur Robertson: L'examen de la population des personnes âgées a une certaine importance pour nous, parce que, au Canada, il est difficile de fournir des soins convenables à nos personnes âgées sans faire sauter la banque. La plupart d'entre eux ont d'importants problèmes de santé au moment de leur entrée dans un foyer de soins infirmiers.

En ce qui concerne votre «division» de ce groupe de personnes âgées, quel pourcentage est accueilli dans des foyers de soins

percentage is accommodated in the home because of the financial support in the home, which we do not have?

Dr. Vollmer: We have about 1.9 million senior citizens in the long-term care system. However, you must understand that we have an artificial definition that is governed by the contribution rate of 1.7 per cent. If you compare us with England, you will find that it has about 5 million people who are regarded as dependent. We have a narrow definition. From those 1.9 million people, about 500 live in a nursing home and 1.3 million are cared for at home, either by family or by professional nursing care. Women constitute 70 per cent of the people in need of care, and 70 per cent of the caregivers are women, which demonstrates a problem.

The other problem we have is that we have just come out with a bill in respect of dementia care. In nursing homes, about 70 per cent of the residents have some kind of cognitive impairment. Of those, 70 per cent have Alzheimer's and 20 per cent suffer from vascular dementia. In home care, cognitive impairment is about 50 per cent. Of the 1.9 million people in care, we have about 1 million who are demented. That is a huge problem, as you can imagine.

Currently, Japan, Italy and Germany have the oldest people in the world. The older we get, the more we will be afflicted with the problems of dementia. That is a result that is stressing home care. The average entry age into institutional care is approaching 85 years. The average length of stay for a man in a care home is about 13 months.

Senator LeBreton: I will ask about the sickness fund again because I am seeking clarification. I believe that the sickness funds set their own contribution rates? Is that correct?

Mr. Baum: Yes.

Senator LeBreton: That being the case, is there any control over these rates exercised by the lander? Is there a great difference between one sickness fund and another? If the rates are higher in some than others, how do you avoid people jumping from one fund to another to pay a lower rate?

Mr. Baum: That does happen. People can choose their sickness funds, in consideration of their contribution rates. They do that. The contribution rate, on average, is 13.5, which has been stable for four years. We are proud to have succeeded in stabilizing the contribution rate for four years. The difference between the sickness funds is that the least costly sickness fund is at a rate of about 11.5, and the most expensive sickness fund is at a rate of about 14.9.

infirmiers? Quel pourcentage est soigné à la maison grâce au soutien financier que vous leur offrez pour ce faire, et que nous ne pouvons leur offrir nous-mêmes?

Dr Vollmer: Environ 1.9 million de nos citoyens âgés sont traités par le système de soins de longue durée. Cependant, il vous faut comprendre que nous avons une définition artificielle en raison du taux de cotisation de 1,7 p. 100. Si vous nous comparez à l'Angleterre, vous constaterez qu'on y trouve environ 5 millions de personnes considérées comme dépendantes. Notre définition est plus étroite. De ces 1.9 million de personnes, environ 500 000 vivent dans un foyer de soins infirmiers, les 1.3 million d'autres étant soignées à domicile, par des membres de leur famille ou des professionnels des soins infirmiers. Les femmes comptent pour 70 p. 100 des personnes qui ont besoin de soins, et 70 p. 100 des personnes qui donnent des soins sont des femmes, ce qui révèle l'existence d'un problème.

Un autre problème se pose à nous: nous venons tout juste d'établir un projet de loi concernant les soins offerts aux personnes atteintes de démence. Dans les foyers de soins infirmiers, quelque 70 p. 100 des résidents ont une forme ou une autre de difficulté cognitive. De ces personnes, 70 p. 100 souffrent de la maladie d'Alzheimer, et 20 p. 100 ont une démence vasculaire. Et 50 p. 100 des personnes soignées à domicile ont une forme de déficit cognitif. Des 1.9 million de personnes soignées, environ 1 million sont atteintes d'une forme de démence. Il s'agit d'un énorme problème, comme vous pouvez facilement l'imaginer.

À l'heure actuelle, c'est au Japon, en Italie et en Allemagne qu'on trouve la plus importante proportion de personnes âgées au monde. Plus nous vieillissons, plus nous allons être touchés par les problèmes de démence. Voilà un résultat qui fait ressortir l'importance des soins à domicile. L'âge moyen des personnes qui entrent dans un établissement de soins est d'environ 85 ans. La durée moyenne du séjour en foyer de soins infirmiers pour un homme est d'environ 13 mois.

Le sénateur LeBreton: J'aimerais vous poser d'autres questions sur la caisse-maladie, car il y a quelque chose que je ne comprends pas. Les caisses-maladie établissent leur propre taux de cotisation, n'est-ce pas?

M. Baum: Oui.

Le sénateur LeBreton: Puisque c'est le cas, les *Länder* exercent-ils un contrôle ou un autre sur ces taux? Y a-t-il une grande différence à ce chapitre entre les caisses-maladie? Si les taux sont plus élevés dans certaines que dans d'autres, comment empêchez-vous les gens de passer d'un fonds à un autre pour payer moins cher?

M. Baum: Cela se produit effectivement. Les personnes peuvent choisir leur caisse-maladie, compte tenu des taux de cotisation. Et c'est ce qu'elles font. Le taux de cotisation se situe en moyenne à 13,5 et n'a pas changé depuis quatre ans. Nous sommes fiers d'avoir réussi à stabiliser le taux de cotisation durant quatre ans. La différence entre les caisses-maladie est celle-ci: les moins coûteuses ont un taux d'environ 11,5, et les plus coûteuses, un taux d'environ 14,9.

There is a spread in the rates, but the sickness funds have their own contribution on the one side, and on the other side there is the financial equalizing system that underlies the sickness funds. That means that if there is a financially stable sickness fund, it is required to relinquish funds to assist the sickness funds that are not as stable and have bad loans because they have a lower-income clientele.

We have an equalizing financial distribution system between the sickness funds. With this instrument, we are able to balance the contributions so they are more equal. At the moment, we are making additional efforts to create a more sophisticated money distribution system between the sickness funds.

We have four factors. They are income, which is one aspect of money distribution; sex: male or female; the number of people insured by one contribution payer — we have the family system, and age. Those are the four relevant factors for one sickness fund to pay into another sickness fund.

Of course, you can well imagine that one of the major factors defining the spending of the sickness funds means that the morbidity rate must also be considered. At the moment, we are changing the legislation to introduce an additional factor, or to bring a new important factor into the account — the morbidity rate. Thus, sickness funds that consist of many people with a high morbidity indicator will receive more money from other sickness funds that have a reduced morbidity factor.

Senator LeBreton: Is the distribution system that you just described directly controlled by the lander?

Mr. Baum: Yes, of course. As we said, the contribution rate, which the individual sickness fund sets, is controlled by the lander, if the sickness fund is organized on the lander level. As I explained, for those sickness funds that are organized on a national level, their contribution behaviour is controlled on the state level. However, the financial distributing system is organized on the national level.

Senator LeBreton: Are people who are covered by the sickness funds allowed to buy additional insurance from private insurance companies?

Mr. Baum: Yes, of course. No one is forbidden to make a private insurance contract.

Senator LeBreton: Would one take private insurance to get increased services over what is provided by the sickness funds?

Mr. Baum: In the field of prosthetic supply, dental prosthetics have a relatively high co-payment where people pay 50 per cent of dental prosthetics from their own pockets. In this field, there is additional private insurance which covers that.

Dr. Faelker: There is also additional private insurance in hospitals. But this is primarily for better hotel accommodation. People buy the right to be treated by the chief of the hospital. There are some people who like alternative medicine and

Il y a une différence entre les taux, et les caisses-maladie ont leurs propres cotisations. D'une part et d'autre part, il existe le système de péréquation financière qui sous-tend les caisses-maladie. Ainsi, si la caisse-maladie est stable sur le plan financier, elle doit céder des fonds aux caisses-maladie qui ne sont pas aussi stables ou qui ont de mauvaises créances en raison d'une clientèle dont les revenus sont plus faibles.

Un système de répartition financière par péréquation est appliqué aux caisses-maladie. Grâce à cet instrument, nous sommes capables d'équilibrer les cotisations de façon à les rendre plus égales. À l'heure actuelle, nous déployons des efforts supplémentaires pour mettre sur pied un système plus perfectionné pour la répartition de l'argent entre les caisses-maladie.

Nous avons quatre facteurs. Il s'agit du revenu, qui est l'un des aspects de la répartition de l'argent; le sexe, homme ou femme; le nombre de personnes assurées par un cotisant — nous avons le système familial, et l'âge. Ce sont là les quatre facteurs pertinents pour qu'une caisse-maladie puisse verser de l'argent dans une autre caisse-maladie.

Évidemment, vous imaginez bien que l'un des principaux facteurs pour définir les dépenses des caisses-maladie est le taux de morbidité, qui doit aussi être pris en considération. À l'heure actuelle, nous modifions la loi pour y introduire un facteur supplémentaire, ou pour tenir compte d'un nouveau facteur important: le taux de morbidité. Par conséquent, les caisses-maladie formées de nombreuses personnes pour lesquelles l'indice de morbidité est élevé recevront plus d'argent que les autres où le facteur de morbidité est moindre.

Le sénateur LeBreton: Le système de répartition que vous venez de décrire est-il directement contrôlé par les *Länder*?

M. Baum: Oui, évidemment. Je le répète, le taux de cotisation, établi par chaque caisse-maladie, est contrôlé par les *Länder*, si tant est que la caisse de maladie soit organisée à l'échelle des *Länder*. Comme je l'ai expliqué, les caisses-maladie organisées à l'échelle nationale ont un taux de cotisation établi par l'État. Cependant, le système de répartition financière est organisé à l'échelle nationale.

Le sénateur LeBreton: Les personnes couvertes par la caisse-maladie ont-elles l'autorisation d'acheter une assurance supplémentaire des compagnies d'assurance privées?

M. Baum: Oui, évidemment. On n'interdit à personne de conclure un contrat d'assurance privée.

Le sénateur LeBreton: Est-ce que quelqu'un prend de l'assurance privée pour obtenir de meilleurs services que ceux auxquels donnent accès les caisses-maladie?

M. Baum: Dans le domaine des prothèses, les prothèses dentaires donnent lieu à une quote-part relativement élevée, où la personne doit verser la moitié du coût de la prothèse. Dans ce domaine, des assurances supplémentaires privées couvrent ce coût.

Dre Faelker: Il y a aussi une assurance privée supplémentaire dans les hôpitaux. Mais elle vise principalement à améliorer la qualité de l'hébergement. Les personnes achètent le droit d'être traitées par le chef de l'hôpital. Certaines personnes aiment la

additional private insurance can also be bought for those treatments.

Senator LeBreton: With regard to people who are covered only by private insurance, do they have a choice of hospitals, whether they go to a publicly-funded or private hospital?

Mr. Baum: Yes.

Senator LeBreton: Are there situations where people jump the line or perhaps they are covered by a private insurer with a wider range of services? Someone said doctors are paid more on the private side, so do they jump the line over people who are covered only by sickness funds?

Mr. Baum: Yes. First, it could be said that people who are organized in the private system have more freedom of choice. I told you that hospitals are only allowed to perform inpatient treatments. If you are in the private plan, you can go, without a doctor's recommendation, to the hospital for outpatient treatment. The hospital can be used like an outpatient doctor. As stated by my colleague, people have more comfortable rooms. If you are in a private plan, the rule is that you stay in a one-bed or two-bed hospital room. Most hospitals are being organized to be more modern, so it is underway that the two-bed room will be standard in the whole system and then there will not be great additional advantage.

There are more possibilities to choose from, but it is not that a higher quality of medicine must be chosen. If you need a hip, it does not matter whether you are in the social security system or in a private system. The same medical product is used for both kinds of insured people. The quality of medicine is not divided between the private and social security system.

It is the comfort, perhaps a better standard, a better position that you may have. But as there is overcapacity, it is not necessary to have a special position in the system to get treatment or to get a diagnosis. There are only very small differences. You could discuss it as an advantage, but it is not an advantage as you compare it with the whole medical possibility.

Senator LeBreton: So is there not the problem of people who are covered privately jumping the line?

Mr. Baum: There has been no discussion in the country that people outside the social security system feel discriminated against in comparison to people in the private system. There has been no media discussion on this issue.

The Chairman: Before turning to Senator Keon, I was curious about your response to Senator LeBreton in the way you described the sickness funds operations. Effectively, if the sickness fund has a difficult sample of the population, you will underlie that with an element of redistribution from one sickness fund to another. That prompts me to ask why you have more than one sickness fund. It seems that what you are doing is attempting to equalize

médecine douce, et elles peuvent obtenir une assurance privée supplémentaire pour se procurer ces traitements.

Le sénateur LeBreton: Les personnes couvertes uniquement par l'assurance privée peuvent-elles choisir entre plusieurs hôpitaux, qu'elles adhèrent à un régime d'assurance publique ou qu'elles séjournent dans un hôpital privé?

M. Baum: Oui.

Le sénateur LeBreton: Y a-t-il des situations où les personnes sautent la clôture ou, peut-être, sont couvertes par un assureur privé qui offre un éventail plus large de services? Quelqu'un a dit que les médecins gagnaient plus du côté privé, alors sautent-ils la clôture au détriment des personnes couvertes uniquement par les caisses-maladie?

M. Baum: Oui. Tout d'abord, on pourrait dire que les personnes qui participent au régime privé ont une plus grande liberté de choix. Je vous ai dit que les hôpitaux n'ont la permission que d'effectuer des traitements pour les patients hospitalisés. Si vous participez au régime privé, vous pouvez vous rendre, sans la recommandation d'un médecin, vers un hôpital pour y recevoir un traitement en externe. L'hôpital peut vous rendre les mêmes services qu'un médecin qui oeuvre en clinique externe. Comme l'a dit ma collègue, les personnes ont une chambre plus confortable. Si vous participez au régime privé, la règle veut que vous séjourniez dans une chambre d'hôpital privée ou semi-privée. La plupart des hôpitaux se modernisent, de sorte que la chambre semi-privée deviendra bientôt la norme et qu'il n'y aura plus d'importants avantages supplémentaires.

Il y a d'autres possibilités parmi lesquelles choisir, mais on ne peut choisir une médecine de meilleure qualité. S'il faut vous remplacer la hanche, le fait que vous adhérez au régime de sécurité sociale ou à un régime privé n'a pas d'importance. Le même produit médical est utilisé pour les deux types d'assurés. La qualité de la médecine ne varie pas selon qu'il s'agit du système privé ou du système de sécurité sociale.

C'est le confort qui varie, peut-être une meilleure norme, une meilleure position qui vous est accessible. Mais comme il y a surcapacité, il n'est pas nécessaire de jouir d'une position spéciale dans le système pour obtenir un traitement ou un diagnostic. Les différences sont vraiment très petites. Vous pourriez prétendre que c'est un avantage, mais vous n'en retirez pas d'avantages sur le plan médical.

Le sénateur LeBreton: Alors, n'y a-t-il pas un risque que les personnes qui adhèrent à un régime privé ne passent avant les autres?

M. Baum: Personne n'a dit dans notre pays qu'il y a une discrimination contre les gens qui adhèrent au système de sécurité sociale lorsqu'on les compare aux gens qui adhèrent au régime privé. Les médias n'ont pas non plus parlé de cette question.

Le président: Avant de donner la parole au sénateur Keon, j'aimerais faire un commentaire: je suis intrigué par la description des activités des caisses-maladie que vous avez faite en réponse à sénateur LeBreton. En fait, si la caisse-maladie a pour client un groupe problématique de la population, vous allez corriger le tir en redistribuant les fonds d'une caisse-maladie à une autre. Cela m'amène à vous demander pourquoi vous avez plusieurs

differences and therefore would the system not be simpler to either have one national fund, or, at the very worst, only one fund per lander?

Dr. Faelker: We have the philosophy that competition between the sickness funds leads to better care and better services for the patients than one sickness fund could provide. If there is no competition at all between the sickness funds, there is no incentive to give very good service to the patient. That is the reason there is a large number of sickness funds. The other side of the coin is that sickness funds should get an incentive for effective contracting with the health care providers and not for risk-skimming on patients. With the equalization schemes we introduced into the system, we want to make sure that sickness funds compete for good service and good contracting and not compete for good risks. Therefore, we need these equalization mechanisms. It works very well because as a result of the introduction of these risk equalization mechanisms, contribution rates got closer together.

The Chairman: Right. I understand the point you are making. It just seems to me that in the end, if the rates are essentially identical, I am not sure that the benefits that normally go with competition are still there. That was my point.

Dr. Vollmer: It has to be noted that this system has historical reasons. When health insurance was introduced in 1883 by Bismarck, it was not started from scratch but was built on the institutions which existed at the time. The local health insurance funds have existed for 500 to 800 years in German history, as have the funds for craftsmen and for miners. That is one of the reasons why we have so many different health insurance funds which all apply the same law. It is extremely difficult to get rid of all the institutions which have proved their case over the century. When I started in health 20 years ago, we still had approximately 1,200 funds or more and now we are down to 600.

The Chairman: We can understand the difficulty of changing institutions that began in 1967. With that history, trying to change institutions that began 300 or 400 years ago is an even more difficult problem.

Senator Keon: I want to pursue further what Dr. Faelker was attempting to address, the efficiency in your system. I am always amazed when I visit your country at what you are able to deliver compared to us and the United States, for example. It is true you spend about 1 per cent more of your GDP than we do, but you spend about 3.5 per cent less than the Americans, yet you are way out in front in a number of areas. For example, at the Heart Institute Berlin, the last time I was there, about 30 patients were on artificial heart and assist devices, which is about half the patients of the entire world on these devices. There is no question that the hospitals and rehabilitation centres that you have are the world's leaders.

caisses-maladie. Il me semble que vous tentez d'aplanir les différences: ne serait-il pas plus simple d'avoir un fonds national ou, au pire, un seul fonds par *Länder*?

Dre Faelker: Nous avons pour principe que la concurrence entre les caisses-maladie améliore les soins et les services offerts aux patients d'une manière qui serait impossible si l'on n'avait qu'une seule caisse-maladie. S'il n'y a aucune concurrence entre les caisses-maladie, rien ne peut les pousser à donner un service d'excellente qualité aux patients. C'est la raison pour laquelle le nombre de caisses maladies est si grand. De plus, les caisses-maladie doivent être poussées à conclure des contrats efficaces avec les fournisseurs de soins et à ne pas filtrer les patients en fonction des risques. Les schèmes de péréquation intégrés au système nous permettent de nous assurer que les caisses-maladie se font concurrence pour offrir de bons services, conclure de bons contrats et ne pas se faire concurrence pour avoir les meilleurs risques. Par conséquent, ces mécanismes de péréquation sont nécessaires. Ils fonctionnent très bien, parce que l'introduction de ces mécanismes d'égalisation des risques ont fait en sorte que les taux de cotisation se sont rapprochés.

Le président: Très bien. Je comprends ce que vous voulez dire. Il me semble simplement que, au bout du compte, si les taux sont essentiellement identiques, les avantages inhérents à la concurrence sont toujours présents. C'est ce que je veux dire.

Dr Vollmer: Il faut souligner que ce système a été mis sur pied pour des motifs historiques. Lorsque l'assurance-maladie a été introduite en 1883 par Bismarck, on n'a pas tout recréé à neuf; on l'a créée à partir des institutions qui existaient à l'époque. Le fonds local d'assurance-maladie existe depuis 500 à 800 ans en Allemagne, tout comme les fonds pour les artisans et les mineurs. C'est l'une des raisons pour lesquelles il y a tant de fonds d'assurance-maladie qui appliquent la même loi. Il est extrêmement difficile de se débarrasser de toutes les institutions qui ont prouvé leur utilité au cours des siècles. Quand j'ai commencé à travailler dans le domaine de la santé il y a vingt ans, nous avions toujours environ 1 200 fonds, au moins, et nous avons ramené ce chiffre à 600.

Le président: On peut facilement voir tous les problèmes que suppose un changement d'institutions qui sont nées en 1967. Et on peut imaginer à quel point changer des institutions vieilles de 300 ou de 400 ans peut être encore plus difficile.

Le sénateur Keon: J'aimerais poursuivre sur ce que le Dr Faelker tentait de nous expliquer, l'efficacité de votre système. Quand je visite votre pays, je suis toujours émerveillé de voir tout ce que vous pouvez offrir comparativement à nous ou aux États-Unis, par exemple. Il est vrai que vous consacrez environ 1 p. 100 de votre PIB de plus que nous dans ce secteur, mais vous dépensez environ 3,5 p. 100 de moins que les Américains, ce qui ne vous empêche pas d'être en avant sur un certain nombre de fronts. Par exemple, au Heart Institute de Berlin, il y avait, la dernière fois où j'y étais, environ 30 patients qui avaient reçu un cœur artificiel et des appareils d'assistance, soit environ la moitié des patients qui, dans le monde entier, sont branchés à ces appareils. Il ne fait pas de doute que les hôpitaux et les centres de réadaptation de votre pays sont les chefs de file mondiaux à ce chapitre.

You are able to achieve all this by spending only 10 per cent or 10.5 per cent of your GDP. It is my impression you must have tremendous efficiencies somewhere. None of us is really sure what our overheads are in Canada or America, but we kind of accept the fact that we live with about 30 per cent. You must be pulling out many more efficiencies between the actual funds going to care for the patients and the actual funds you have in the bank, in your various insurances and so forth.

Have you any idea what your overhead is? When you go right down through the system of paying your physicians, running your hospitals, running your rehab centres and clinics, have you any idea what your ballpark figure is?

Mr. Baum: We call the system we have a self-governed system. The directly involved bodies make contracts, and fee-for-service arrangements are made between these bodies. In hospitals we have a financing system which causes both sides, the sickness funds on the one side, which are eager to provide their people with the maximum of medical technique, and on the other side, the rules on how we negotiate hospital budgets, the system of self-government, self-defining prices and rules. That is one part of the efficiency we have.

It is difficult, for instance, if we make a change in the fee-for-service catalogue for private doctors, to find the right price, but in the collective organized system of statutory sickness funds and associations of doctors, associations of the hospital, there is a higher possibility for a rational financing system and procedures and control systems. For instance, there is self-set control system for the panel doctors. The association of the panel doctors controls the private doctors. In addition, over these 14 years since 1987, we have been in a health care reform process where we introduced many new things such as in the drug sector. We introduced two planning instruments like those described for the panel doctors and the planning system for hospitals. We introduced budget cuts for hospitals. We introduced, some years ago, a drug budget. This means, if the panel doctors need more money than the budget allows at the state level, they have to finance the difference from their own income. We have such a system. We reduced, by law, the prices for drugs by 5 per cent for one year as a specific measure. We have to discuss our activities in health care reform and health care cost containment to explain part of this story.

Dr. Vollmer: If you do not consider the cost, just the efficiency, we have one advantage compared with the United States or Canada. Germany, with its 80 million people, is as large as Lake Ontario, which means, having produced more doctors over the years than the United States, we have immediate access to doctors in Germany. In a little place in a wine valley doctors are like sand

Vous êtes en mesure de réaliser tout cela en n'y consacrant que 10 ou 10,5 p. 100 de votre PIB. Selon moi, vous devez faire preuve d'une efficacité incroyable quelque part. Personne d'entre nous n'est vraiment sûr de ce que sont nos frais généraux ici au Canada ou aux États-Unis, mais nous convenons qu'ils doivent se situer autour de 30 p. 100. Vous devez être capables de bien souvent faire preuve d'efficacité en ce qui concerne les fonds consacrés aux soins des patients et les fonds que vous avez en banque, dans vos diverses assurances et ainsi de suite.

Avez-vous une idée de ce que sont vos frais généraux? Quand on parle de la rémunération de vos médecins, de l'exploitation de vos hôpitaux, de vos centres de réadaptation et de vos cliniques, êtes-vous en mesure de me donner une idée du chiffre?

M. Baum: Le système que nous avons est autogéré. Les organismes qui y participent directement établissent des contrats, et des ententes de rémunération à l'acte sont prises entre ces organismes. Dans les hôpitaux, nous avons un système de financement qui amène les deux parties, les caisses-maladie, d'un côté, qui veulent procurer à leurs assurés un accès au plus grand nombre de techniques médicales possibles, et, de l'autre côté, les règles sur la façon dont nous négocions le budget des hôpitaux, le système d'autonomie gouvernementale, la définition autonome des prix et des règles. C'est ce qui explique en partie notre efficacité.

Par exemple, si nous apportons des changements au catalogue de la rémunération à l'acte au médecin du secteur privé, il est difficile de trouver le bon prix, mais dans un système de caisses-maladie gouvernementales organisées de façon collective, regroupant des associations de médecins et des associations d'hôpitaux, il est plus facile d'établir un système de financement rationnel ainsi que des procédures et des systèmes de contrôle. Par exemple, les médecins associés au panel ont un système de contrôle qu'ils ont eux-mêmes mis sur pied. L'association des médecins inscrits au panel contrôle les médecins qui oeuvrent dans le secteur privé. En outre, depuis 1987, nous appliquons une réforme des soins de santé qui a fait naître plusieurs nouveautés, par exemple dans le secteur des médicaments. Nous avons mis sur pied deux instruments de planification comme ceux qu'on a décrits pour les médecins des panels et le système de planification des hôpitaux. Nous avons introduit des restrictions budgétaires pour les hôpitaux. Nous avons mis sur pied, il y a quelques années, un budget pour les médicaments. Ainsi, si les médecins du panel ont besoin de plus d'argent que ce que leur permet le budget à l'échelle de l'État, ils doivent financer la différence à même leurs propres revenus. Nous disposons d'un système de la sorte. Nous avons réduit, par mesure législative, le coût des médicaments de 5 p. 100 durant un an, et il s'agissait d'une mesure spécifique. Il nous faut vous faire connaître nos activités sur le plan de la réforme des soins de santé et de la réduction des coûts de la santé pour que vous compreniez bien ce dont il retourne.

Dr. Vollmer: Si vous vous attachez à l'efficacité plutôt qu'au coût, vous constaterez que nous avons un avantage comparativement aux États-Unis ou au Canada. Avec ses 80 millions d'habitants, l'Allemagne n'a pas une superficie plus grande que le lac Ontario. Mais, comme nous avons produit plus de médecins au cours des années que les États-Unis, nous

at the sea. The question is not whether the doctor has time for you. The question is really whether you have time for the doctor. You can have immediate access to consultants and hospitals, et cetera. The immediate access and free choice of consultants or family doctors and hospitals makes part of the efficiency. I do not know how long we can afford to finance it, but that is one of the natural conditions we have in our country.

Dr. Faelker: In different areas, the different providers in parts of the benefit package do not work together enough. We have the problem that sometimes diagnostic measures are taken two or three times. If you first go to the general practitioner, for example, he makes a diagnosis. If he admits you to the hospital, it can happen that the hospital repeats the diagnostic measure. There are many points where integration between inpatient and outpatient care and long-term care and rehabilitation must be improved.

Mr. Baum: This is the sector in which we have a chance to improve in the future. I think your question was about why the system is so efficient in providing people with all this medicine, and these are the resources we need to be successful in the future. This is part of the future of health care reform. We have started discussions for the next step of health care reform. We have general federal elections next year in the autumn, and we will be in a health care reform draft discussion, or, at the latest, one year later. Then we will start reforming health care to bring all these sectors together and to make an integrated supply, as we call it, to bring the outpatient doctors, the outpatient system and the hospital system together in the sense of a common medicine. The reform will also solve limitations we have in the different systems, to enhance aspects of quality insurance in the medical system, and to collect resources we will have in these fields.

Senator Keon: This is a fascinating discussion, particularly the point that Dr. Vollmer just made. If you consider both ends of your system, you have more doctors than any other country. Therefore, patients can get into the system more rapidly, I suspect, than any other place in the world.

You expended enormous resources on your rehabilitation program, and they are coming out of the other end quickly and going back to work. It is curious that here, a few years ago, we reduced the number of doctors because we thought we could curtail the cost of health care. Maybe we are doing it backwards.

I would like to ask about your social code book because there is tremendous interest in America now about the Patients' Bill of Rights. I spent last week at a conference there. Have you

jouissons d'un accès immédiat aux médecins en Allemagne. Dans un petit village d'une vallée vinicole, on peut trouver une foule de médecins. Il ne s'agit pas tant de savoir si le médecin a le temps de vous voir que de savoir si vous avez le temps de voir le médecin. Vous pouvez accéder immédiatement aux experts-conseils et aux hôpitaux, et ainsi de suite. L'accès immédiat et le libre choix des consultants ou des médecins de famille et des hôpitaux est partie intégrante de l'efficacité. Je ne sais pas durant combien de temps nous pourrions nous permettre de le financer, mais c'est une des conditions naturelles qui existent dans notre pays.

Dre Faelker: Dans différents secteurs, les différents fournisseurs de soins ne travaillent pas assez ensemble. Cela nous amène un problème: parfois, les mesures diagnostiques sont prises deux ou trois fois. Si vous consultez d'abord un omnipraticien, par exemple, il formule un diagnostic. S'il vous admet à l'hôpital, on y procédera souvent de nouveau à la mesure diagnostique. À bien des endroits, il faut améliorer l'intégration entre les soins offerts aux patients hospitalisés et à ceux qui sont en clinique externe, ainsi que les soins de longue durée et la réadaptation.

M. Baum: C'est là le secteur pour lequel nous pourrions nous améliorer dans l'avenir. Je pense que vous nous demandiez pourquoi le système arrive si bien à fournir aux gens tous les services médicaux requis, et ce sont là les ressources dont nous avons besoin pour réussir dans l'avenir. Cela fait partie de l'avenir de la réforme des soins de santé. Nous avons entrepris des discussions pour la prochaine étape de cette réforme. L'an prochain, à l'automne, nous aurons des élections fédérales générales, et nous serons à ce moment-là en train de parler des projets de réforme de la santé, ou bien nous le saurons au plus tard un an après. Nous commencerons alors à réformer les soins de santé afin de réunir tous ces secteurs et d'en intégrer l'offre afin de réunir les médecins qui travaillent en clinique externe, le système des cliniques externes proprement dit ainsi que le système hospitalier et d'offrir ce qu'on pourrait appeler une médecine commune. La réforme permettra également de dissiper les limites inhérentes aux différents systèmes, d'améliorer les aspects de l'assurance de la qualité dans le système médical et de mettre en commun les ressources que nous avons dans ces secteurs.

Le sénateur Keon: Voilà une discussion fascinante, et en particulier l'argument que vient de nous présenter le Dr Vollmer. Si on examine les deux secteurs de votre système, nous constatons que vous avez plus de médecins que n'importe où ailleurs dans le monde. Ainsi, je serais porté à croire que les patients peuvent intégrer le système plus rapidement que n'importe où ailleurs dans le monde.

Vous consacrez d'énormes ressources à votre programme de réadaptation, et les patients en sortent rapidement pour retourner au travail. Curieusement, nous avons ici réduit il y a quelques années le nombre de médecins parce que nous pensions que cela nous aiderait à réduire les coûts des soins de santé. Peut-être avons-nous pris le problème du mauvais côté.

J'aimerais que vous nous parliez de votre code social, parce qu'à l'heure actuelle aux États-Unis on s'intéresse énormément à la charte des droits des patients. J'y étais pour une conférence la

considered the drafts and the preliminary information coming out of that to compare it with your social code book?

Mr. Baum: We also have patients' right discussions, but not in the fundamental and severe sense you have it in North America. If we discuss patients' rights, we are discussing a better introduction of the individual patient into the process of treatment. That means more transparency in the system for the patient or more information for the patient. Our system works on the basis of service in kind. People do not know what comprises the fees for the doctors' service because the doctor is financed directly by the associations of doctors and they are financed by the sickness funds. People do not know what their medicine costs are. They do not know what a day in hospital costs. When we discuss patients' rights, we discuss patient information and patient participation to ultimately create more transparent and efficient treatment.

In this field, at the moment, we are organizing a political process, for when there is an accident in a hospital, such as a patient being given the wrong medicine or a mistake in surgery, particularly for the civil rights of the patient. These are not so transparent in our system. It sometimes takes two or three or four years for people to get their rights because they must go into the civil court system.

In this bill we are discussing reforms, but not in the sense of the American managed care system where insurers are defining good medicine for people. This is one advantage of our system. The sickness funds do not define which medicine is good for people. It is a progressive system. If progress is made in a particular treatment, no sickness fund would prevent the insured from access to this progress. There is a great difference in the discussion of patient rights.

Dr. Vollmer: In this country, as in America and Canada, we are concerned with patients' rights. More important, though, in the field of care, I am convinced that after about five or ten years time, even earlier, we might have a cut-off of rights and freedoms of patients to care. At present, the care insurance has completely changed the mentality of the people. As long as they were independent on the system, they did not dare to complain. Now, since they have benefits in their own right, they are asking, "What do I get for my money?" We are discovering that we have a quality problem which we are just detecting by a major care quality act. They are asking, "What do we get as consumers? How will I be treated in an old patient's home?"

It is a completely different situation. If you are ill or injured, it may not seem so important because, if you go to a hospital, you are normally out in 10 days and your doctors will achieve that if they have to fight the devil or death. In long term care, that is not the case. The only way to get out after a short stay is with your feet in front of you. Therefore, it is very important to know your

semaine dernière. Avez-vous examiné les documents préliminaires qui en sont ressortis pour les comparer avec votre code social?

M. Baum: Il y a aussi chez nous un débat sur les droits des patients, mais il n'est pas aussi fondamental et structuré que ce que vous avez en Amérique du Nord. Si nous parlons des droits des patients, nous parlons d'une meilleure façon d'amener chaque patient à comprendre le traitement et toutes ses étapes. Cela signifie un système plus transparent pour le patient et aussi l'accès à davantage d'information. Notre système fonctionne selon le principe des services en nature. Les gens ne savent pas ce qui est visé par les honoraires versés au médecin parce que celui-ci est financé directement par les associations de médecins, lesquelles sont financées par les caisses-maladie. Les gens ne savent pas combien leur coûtent les soins médicaux. Ils ne savent pas combien coûte une journée d'hospitalisation. Lorsque nous parlons des droits des patients, nous parlons d'information et de participation des patients de façon à rendre en définitive le traitement plus transparent et plus efficient.

À l'heure actuelle dans ce domaine, nous organisons une démarche politique pour les cas où il se produit un accident à l'hôpital, par exemple, si on donne le mauvais médicament à un patient ou qu'on commet une erreur durant une opération — particulièrement pour les droits civils du patient. Ces droits ne sont pas si transparents dans notre système. Il faut souvent 2, 3 ou même 4 ans à quelqu'un pour faire respecter ses droits parce qu'il doit passer par les tribunaux civils.

Dans le projet de loi en question, nous abordons des réformes, mais pas dans le sens où l'entendent les Américains avec leur système de soins gérés, où l'assureur définit ce qui est une bonne médecine pour les gens. C'est là l'avantage de notre système. Les caisses-maladie ne définissent aucunement ce qu'est une bonne médecine pour les gens. Il s'agit d'un système axé sur le progrès. Si des progrès sont réalisés pour un traitement particulier, aucune caisse-maladie n'empêchera l'assuré d'y avoir accès. Cela a fait une grande différence pour la discussion des droits des patients.

Dr. Vollmer: Dans notre pays, comme aux États-Unis et au Canada, nous sommes préoccupés par les droits des patients. Une chose est cependant plus importante pour ce qui concerne le secteur des soins: je suis convaincu qu'après cinq ou dix ans, ou même plus tôt, nous pourrions imposer une limite au droit des patients et à leur accès aux soins. À l'heure actuelle, l'assurance-soins a complètement changé la mentalité des gens. Tant qu'ils ne dépendaient pas du système, ils n'osaient pas se plaindre. À présent qu'ils ont accès de plein droit aux avantages, ils demandent: «Qu'est-ce que j'obtiens pour mon argent?» Nous découvrons un problème de qualité, et c'est l'établissement d'une grande loi sur la qualité des soins qui nous l'a fait découvrir. Les patients demandent: «Qu'est-ce que nous obtenons comme consommateurs? Quel traitement vais-je recevoir au foyer pour personnes âgées?»

Il s'agit d'une situation totalement différente. Si vous êtes malade ou blessé, cela peut ne pas sembler si important parce que si vous allez à l'hôpital, vous en sortez normalement après dix jours, et vos médecins vont y arriver la plupart du temps. Pour les soins de longue durée, ce n'est pas le cas. La seule façon d'en sortir après un bref séjour, c'est les pieds devant. Par conséquent,

rights and the kind of treatment you get. We are discovering that in our case, like in other countries, in long term care people are still objects of care and not subjects of care. This will completely change — partly due to influence from England and the Scandinavian countries.

It is worthwhile to read the charters of rights of dependent people. On the health side, we have an organization that is trying to promote the rights and freedoms of patients, particularly of people dependent on long term care.

Senator Cordy: Thank you for taking the time to appear before us this morning.

Those of us sitting around the table are envious of the fact that you have too many doctors in your system. You have mentioned that, in itself, can cause problems. I wonder whether you also have too many other health care professionals or health care providers in your country. In the past, were deliberate measures taken by your country to ensure that people who entered the health care profession would remain? In Canada, we have large numbers of people leaving the health care profession, either leaving the country to go to the U.S. or leaving the health care profession for other careers.

Mr. Baum: In Germany there is a big exchange, especially in the field of nurses. In some areas we will have a shortage of nursing staff. For instance, in Munich or the big cities, we already have problems. One day, one of the factors that will cause us to lessen the capacities we have in some fields will be that there are not enough nurses in the country. It may be a more severe problem in the future.

Beyond the doctor system, if we consider pharmacists, we have 20,000 outpatient pharmacists. In German cities, you will find more working pharmacists than you will jobs for supplying food. In most fields, apart from the nursing field, we will have also this overcapacity situation in the future.

Dr. Vollmer: In the field of care, we have a problem. I think you referred to the burn-out effect. It is chic to work in an operating theatre because you can achieve some kind of success. If you are in an old age nursing home, it is pretty terrible for nurses to look after people who they watch getting worse and worse from day to day. We have a very high fluctuation of nurses, which means we have the wrong kind of personnel management principle. You cannot have nurses working all the time with the same patients or working at the front. We need new management so we can centralize the nurses and send them in from the organizations which run the long term places to avoid the burn-out effect.

il est très important pour vous de connaître vos droits et le type de traitement que vous obtenez. Nous découvrons que, dans notre cas, comme dans d'autres pays, les personnes qui reçoivent des soins de longue durée sont encore des objets de soins et non pas sujets à des soins. Cela est appelé à changer complètement, en partie à cause de l'influence de l'Angleterre et des pays scandinaves.

Il vaut la peine de lire la charte des droits des personnes dépendantes. Sur le plan de la santé, nous avons une organisation qui tente de promouvoir les droits et libertés des patients, et particulièrement des personnes dépendantes qui reçoivent des soins de longue durée.

Le sénateur Cordy: Merci d'avoir pris le temps de nous parler ce matin.

Les personnes assises ici autour de la table vous envient le fait que vous avez trop de médecins dans votre réseau. Vous avez dit que cette situation peut, en soi, causer des problèmes. Je me demande si vous avez aussi trop d'autres professionnels de la santé ou de fournisseurs de soins de santé dans votre pays. Dans le passé, votre pays a-t-il pris des mesures délibérées pour veiller à ce que des personnes qui embrassaient une profession dans le domaine de la santé demeurent en poste? Au Canada, un grand nombre de personnes quittent les professions de la santé, soit pour aller travailler aux États-Unis, soit pour embrasser une autre carrière.

M. Baum: En Allemagne, il y a beaucoup de mouvement, surtout chez les infirmières. Dans certaines régions, nous avons une pénurie de personnel infirmier. Par exemple, à Munich ou dans les grandes villes, nous avons déjà des problèmes. Un jour, parmi les facteurs qui nous amèneront à réduire nos capacités dans certains domaines, il y aura la pénurie d'infirmières au pays. Le problème pourrait s'aggraver dans l'avenir.

Outre la profession médicale, si nous nous penchons, par exemple, sur les pharmaciens, nous constatons que nous avons 20 000 pharmaciens qui travaillent en clinique externe. Dans les villes allemandes, vous remarquerez qu'il y a plus de pharmaciens qui travaillent que de travailleurs préposés à l'alimentation. Dans l'avenir, nous allons observer cette surcapacité dans la plupart des domaines, sauf dans le secteur infirmier.

Dr Vollmer: Dans le domaine des soins, un problème se pose à nous. Je pense que vous avez parlé de l'effet de l'épuisement professionnel. Ça fait chic de travailler dans une salle d'opérations parce que vous pouvez obtenir un certain succès. Dans les foyers pour personnes âgées, il est particulièrement difficile pour les infirmières de s'occuper des personnes dont l'état s'aggrave sans cesse d'un jour à l'autre. Nous avons un gros roulement d'infirmières, ce qui dénote que notre principe de gestion du personnel n'est pas très sain. Vous ne pouvez demander aux infirmières de travailler tout le temps avec les mêmes patients ou d'être sur le front. Nous devons adopter de nouvelles pratiques de gestion de façon à centraliser les infirmières pour leur éviter de devoir travailler toujours dans des organisations de soins de longue durée afin d'éviter les ravages de l'épuisement professionnel.

We have a shortage, and I could almost say we are a developing country in the question of geriatric psychiatric nursing. That applies to other European countries as well. We have a real shortage, and the few people we produce, for instance in Schleswig-Holstein in the north of Germany, are immediately hired by Scandinavian countries. In the field of geriatric psychiatric nursing in nursing homes, we have a serious problem at present. That applies to the quantity of nurses and, in particular, to the quality.

Senator Cordy: In Canada, the public gets irate, to say the least, as soon as we bring up the topic of user charges. What is the reaction of the German people to user charges? Does a user charge cause a reduction in the usage of health services? A fee can be a positive thing if it means people do not use the service when they should not. Can patients be denied service if they are unable to pay the user charge?

Dr. Faelker: In Germany, users are not charged for attending a panel doctor, for example. Charges for a hospital stay are only 25 German marks per day for a maximum of a fortnight.

Other types of services require a co-payment with the amount depending on the kind of service. For example, we request different co-payments for drugs, for remedies or medical aids, dentures or for transportation.

People under a certain level of income fall under the hardship clause and need not pay the co-payment. Children and people who live on social welfare do not pay any co-payments in our system. In international comparisons, Germany has the lowest rate of co-payments.

Mr. Baum: There are user fees only in the field of dental procedures. In most other health systems, dental prosthetics are not included. There we have a high co-payment of approximately 50 per cent. As we introduced it, in addition to a specific kind of direct payment, there was a deep decline in the use of dental prosthetics from one year to the next, of more than 20 per cent.

In the field of drugs, the lowest co-payment is 8 Deutschmarks per unit; the highest possible co-payment is 11 Deutschmarks per unit.

You asked if anyone is prevented from receiving a service because of co-payment requirements. A hospital will admit a patient who cannot pay the co-payment because the co-payment, in the end, is paid to the sickness fund and not to the hospital. If a patient cannot pay when admitted to the hospital, the hospital will tell the patient to clear it up with the sickness fund directly. No one is prevented from receiving services because of inability to finance the co-payments.

The Chairman: Thank you for your testimony. You have been very helpful.

Nous avons une pénurie, et je pourrais presque dire que nous sommes un pays en développement sur le plan des soins infirmiers psychiatriques gériatriques. La même situation a cours aussi dans d'autres pays européens. La pénurie est réelle, et les rares personnes que nous formons, par exemple à Schleswig-Holstein, dans le nord de l'Allemagne, sont immédiatement embauchées par des pays scandinaves. Dans le domaine des soins infirmiers psychiatriques dans les foyers pour personnes âgées, le problème est déjà grave. Le problème touche tout autant la quantité d'infirmières que leur qualité.

Le sénateur Cordy: Au Canada, il y a dans le public une levée de boucliers, c'est le moins qu'on puisse dire, dès que nous parlons de frais d'utilisation. Quelle est la réaction des Allemands à cet égard? Les frais d'utilisation entraînent-ils une réduction du recours aux services de santé? L'imposition de frais peut être positive si elle amène les gens à ne pas utiliser un service s'ils ne devraient pas le faire. Peut-on refuser un service aux patients s'ils sont incapables de payer les frais d'utilisation?

Dr Faelker: En Allemagne, on ne facture pas de frais aux utilisateurs pour la consultation d'un médecin accrédité, par exemple. Les frais de séjour à l'hôpital ne sont que de 25 marks par jour pour au plus 15 jours.

D'autres types de services s'assortissent d'une quote-part dont le montant varie selon le genre de services. Par exemple, la quote-part diffère selon qu'il s'agit de médicaments, de remèdes ou d'accessoires médicaux, de dentiers ou de frais de déplacement.

Les personnes dont le revenu est inférieur à un certain niveau sont assujetties à une clause de préjudice et n'ont pas à verser la quote-part. Les enfants et les personnes qui vivent de l'aide sociale ne versent aucune quote-part dans notre système. Par rapport à d'autres pays, l'Allemagne a le plus faible taux de quote-part.

M. Baum: Il n'y a de frais d'utilisation que pour les actes dentaires. Dans la plupart des autres systèmes de santé, les prothèses dentaires ne sont pas incluses. On y paie une quote-part, élevée, d'environ 50 p. 100. Lorsque nous l'avons introduite, de concert avec un type particulier de paiement direct, on a observé une diminution marquée, soit de plus de 20 p. 100 de l'utilisation des prothèses dentaires d'une année à la suivante.

Dans le domaine des médicaments, la quote-part la plus faible est de 8 marks par unité, et la plus élevée, de 11 marks par unité.

Vous avez demandé si une personne peut se voir refuser un service parce qu'elle ne peut verser la quote-part. Un hôpital admettra un patient qui ne peut verser la quote-part parce que celle-ci est en définitive versée à la caisse-maladie et non pas à l'hôpital. Si le patient ne peut payer au moment de son admission à l'hôpital, l'hôpital l'informerait de régler la question directement avec la caisse-maladie. Personne ne pourra être empêché de recevoir des services en raison d'une incapacité de verser la quote-part.

Le président: Merci de votre témoignage. Cela nous a été très utile.

Welcome to our next witnesses. Thank you for taking the time to be with us today.

I would like to have the witnesses identify themselves. I have the list but I cannot tell who is who. As I understand it, you would like to give us a brief overview of the British system and then we will turn to honourable senators to ask questions.

Professor Julian LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy, London School of Economics: I cannot give a full overview of the British system, but I will tell you where my areas of expertise lie, such as they are.

During the 1990s, the previous government introduced an internal quasi-market system into the British system which divided purchasers and providers and set up a number of different kinds of purchasers, including primary care practices and district health authorities, and, at the same time, let hospitals go, and hospitals became kind of semi-independent agencies that contracted with the purchasers. I did quite a lot of research on the relative success or failure of that system and I will be happy to talk about it.

The second area in which I have a strong interest is that the new government has set up a regulatory agency called the Commission for Health Improvement, the task of which is to visit every National Health System institution — hospitals, health authorities, primary care groups — to monitor, in some senses, their activities. I am on the board of that commission and so have some expertise in that kind of regulatory area. Perhaps expertise is a little strong because it is not functioning to the full extent yet, but I can talk about that. On either of those areas I would be happy to answer any questions of the committee.

The Chairman: Thank you, Mr. Smee.

Mr. Clive Smee, Chief Economic Adviser, Department of Health, Economic and Operational Research Division of the United Kingdom: I have been the Chief Economic Advisor in the Department of Health and its predecessor, the Department of Health and Social Security, since 1984. I suppose my major contribution is, I can take a long-term perspective of the changes over the last 17 years. I am not sure that I can claim any particular area as one in which I have unique knowledge relative to my colleagues, because my responsibilities and those of my staff extend to advising on the whole of the department's responsibilities and I must put my efforts where ministers want a particular push or change.

However, I have always been very interested in international comparisons. I had the privilege of working in the Canadian federal Department of Health and Welfare for six months in 1979 and I visited Canada in 1996 — when we were preparing for an expected change in the government here from Conservative to Labour — to help identify areas where we were, as we would say, "off the pace" relative to you, the United States, Australia and New Zealand. Some of the ideas I brought back from that visit have now borne fruit here. For example, an area I have always

Bienvenue à nos témoins suivants. Merci de prendre le temps de nous parler aujourd'hui.

J'aimerais que les témoins se nomment. J'ai la liste des témoins, mais je ne sais pas qui est qui. Je pense que vous aimeriez nous donner un bref aperçu du système britannique, après quoi les honorables sénateurs pourront vous poser des questions.

M. Julian LeGrand, professeur de la politique sociale Richard Titmuss, London School of Economics: Je ne peux vous donner un aperçu complet du système britannique, mais je vais vous parler de mes domaines d'expertise.

Au cours des années 90, le gouvernement précédent a mis en place un système interne de quasi-marché qui établissait, pour la Grande-Bretagne, les acheteurs et les fournisseurs; en même temps, il établissait différents types d'acheteurs, dont des praticiens des soins primaires et des administrations locales de la santé; en même temps, il se départissait des hôpitaux, qui sont devenus un certain genre d'organismes semi-autonomes qui établissaient des contrats avec les acheteurs. J'ai fait beaucoup de recherche sur les succès ou les échecs relatifs de ce système, et je me ferai un plaisir de vous en parler.

Une deuxième question m'intéresse vivement: le nouveau gouvernement a établi un organisme réglementaire appelé la Commission for Health Improvement, qui a pour tâche de visiter tous les établissements du Réseau national de la santé — les hôpitaux, les administrations de la santé, les groupes de soins primaires — pour exercer une certaine surveillance sur leurs activités. Je siège au conseil de cette commission et possède une certaine expertise de ce secteur réglementaire. Peut-être le terme «expertise» est-il un peu fort, le système n'étant pas totalement en place à l'heure actuelle, mais je peux vous en parler. Pour l'une ou l'autre de ces questions, je me ferai un plaisir de vous renseigner le mieux possible.

Le président: Je vous remercie, Monsieur Smee.

M. Clive Smee, conseiller économique en chef, Division de la recherche économique et opérationnelle, ministère de la Santé du Royaume-Uni: Je suis conseiller économique en chef du ministère de la santé et de celui qui l'a précédé, le ministère de la santé et de la sécurité sociale, depuis 1984. Je pense pouvoir vous être utile en vous faisant part des changements qui se sont produits depuis 17 ans. Je ne pense pas pouvoir prétendre être expert dans un domaine particulier, comme mes collègues le sont, parce que mes responsabilités et celles de mon personnel consistent à fournir des conseils sur l'ensemble des responsabilités ministérielles, et je dois concentrer mes efforts dans les secteurs où des ministres veulent intervenir ou apporter des modifications.

Cependant, je me suis toujours intéressé beaucoup aux comparaisons internationales. J'ai eu le privilège de travailler au ministère canadien de la Santé et du Bien-être social durant six mois en 1979, et je me suis rendu au Canada en 1996 — au moment où nous nous préparions à changer ici de gouvernement, pour passer des conservateurs aux travaillistes — afin de cerner les secteurs où nous étions, pour ainsi dire «en retard» par rapport à vous, les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Certaines des idées que j'ai ramenées de cette visite ont porté fruit

been particularly concerned about and interested in is how to make a system like ours more patient-responsive. You had in those days regular surveys of patient views on the health care system and since then we have introduced national patient experience surveys. Performance indicators and the use of performance measures for performance management is another area in which I have a particular interest and as an economist I was also heavily involved, like Mr. LeGrand, in the establishment of the internal market here and in trying — not always successfully — to get it evaluated.

The Chairman: Professor Ham, do you have any opening comments?

Mr. Chris Ham, Director, Health Services Management Centre, University of Birmingham: I am a health service researcher from the University of Birmingham. I have recently decamped into government where I have been working on secondment for the last year or so. My interests are in trends in health care reform in different countries, making comparisons to determine what lessons can be learned. My specific interest is in health care rationing, or priority setting, defining the benefits package and making decisions about coverage.

I will make a few observations, partly formed in the week I recently spent in Vancouver learning about developments in health policy in British Columbia and by having visited Canada on three or four prior occasions. I would say that the U.K. and Canada share many of the same objectives in health policy — to deliver universal services which are comprehensive and accessible — and share many of the same problems in achieving those objectives. I was struck by the similarities between our two systems. Overcrowded, overpressured emergency rooms in hospitals, lengthening waiting lists and waiting times for non-urgent treatments, increasing shortages of key groups of staff like doctors and nurses and increasing professional criticism of the performance of services and declining public confidence. It seems to me that many of the issues are similar between our two jurisdictions.

One of the big differences is that traditionally Canada spends a lot more, as a share of national income, on health care. The current figure is over 9 per cent of GDP, whereas in the U.K. we have always been parsimonious at less than 7 per cent of GDP still. One of the conclusions that reinforces this point, from a U.K. perspective, is that we probably must spend more money on health care, but more investment alone will not solve the problems which are common to both countries. You have the same problems, despite your high levels of expenditure. We need to reform our two systems to get better performance and increased efficiency.

ici. Par exemple, j'ai toujours été particulièrement préoccupé et intéressé par la façon dont nous pourrions rendre un système comme le nôtre mieux adapté aux besoins des patients. Vous faisiez périodiquement à l'époque des sondages auprès des patients pour savoir ce qu'ils pensaient du système de santé, et cela nous a amenés à mettre sur pied notre propre banque nationale de commentaires des patients. Un autre domaine m'intéresse particulièrement, celui des indicateurs du rendement ainsi que le recours à la mesure du rendement pour la gestion du rendement. De plus, en ma qualité d'économiste, j'ai aussi participé, comme M. LeGrand, à l'établissement du marché interne ici au pays et j'essaie — pas toujours avec succès — d'en obtenir l'évaluation.

Le président: Monsieur Ham, avez-vous des commentaires préliminaires à formuler?

M. Chris Ham, directeur, Centre de gestion des services de santé, Université de Birmingham: Je suis un chercheur en services de santé rattaché à l'Université de Birmingham. J'ai récemment quitté le gouvernement où je travaillais en détachement depuis environ un an. Je m'intéresse aux tendances de la réforme de la santé dans divers pays, établissant des comparaisons afin d'en tirer des leçons. Je m'intéresse particulièrement au rationnement des soins de santé, ou à l'établissement des priorités à ce chapitre, en définissant des ensembles d'avantages et en prenant des décisions au sujet de la couverture.

Je ferai quelques observations, qui me sont en partie venues à l'esprit au cours de la semaine que j'ai récemment passée à Vancouver pour me mettre au fait de l'évolution de la politique en matière de santé en Colombie-Britannique et que j'ai aussi tirées de mes visites au Canada à trois ou quatre occasions auparavant. Je dirais que le Royaume-Uni et le Canada partagent nombre d'objectifs au chapitre de la politique en matière de santé, c'est-à-dire offrir à tous les citoyens des services complets et accessibles. Les deux pays ont aussi bien souvent les mêmes problèmes à réaliser ces objectifs. J'ai été frappé par la similitude de nos deux systèmes. Les salles d'urgence surpeuplées, où la pression est forte, dans les hôpitaux, des listes d'attente et des délais qui s'allongent pour les traitements non urgents, les pénuries croissantes de groupes clés de personnel comme des médecins et des infirmières, la critique professionnelle de plus en plus vive au sujet des services offerts et la diminution de confiance du public. Il me semble que nombre de ces problèmes se trouvent à des degrés semblables dans nos deux pays.

Il y a cependant de grandes différences, dont la suivante: le Canada a toujours consacré une plus grande part du revenu national aux soins de santé. Le chiffre actuel dépasse les 9 p. 100 du PIB, alors qu'au Royaume-Uni nous avons toujours été plus parcimonieux, avec moins de 7 p. 100 du PIB, chiffre qui se maintient toujours. L'une des conclusions qui appuient ce point, selon une perspective britannique, c'est que nous devons probablement consacrer plus d'argent aux soins de santé, mais que cette solution ne contribuera pas à elle seule à résoudre les problèmes propres aux deux pays. Vous dépensez plus, et pourtant vous avez les mêmes problèmes. Nous devons réformer nos deux systèmes afin d'en améliorer le rendement et l'efficacité.

I wish to comment now on the briefing given to us about the U.K. experience. The headline points that are important is that the U.K. has been very good at cost containment in health care. To provide universal and more or less comprehensive services for less than 7 per cent of GDP is a bargain buy. It is value for money, if you compare the performance of different countries. We have achieved that for two reasons. The first is very strict government control, a single payer system with one tap through which resources flow into health care, a tap which treasury keeps a strong hand on and regulates expenditure on health care. The second main reason is, we have a strong primary care system in the U.K. — one of the interesting points of contrast between Canada and this country — with general practitioners acting as gatekeepers, with patient registration, with rostering and with a system that is now very well established.

Another reason that we have good cost containment is that government has controlled wage rates and salaries for all key groups of staff in the U.K. That traditionally has been seen as a strength because of the bargaining power of government. Now perhaps it is seen as both strength and weakness because of the difficulty of attracting key groups of staff in the competitive labour market and the greater attractions for some staff to work in other sectors where the rewards may be higher and the flexibilities greater.

In the U.K., the emphasis is now on increasing expenditure, more investment to overcome some of the problems of cost containment, more money which will buy a few more acute care hospital beds, reversing the decline that we have experienced over many years to give us more slack and more capacity and more money to increase staffing numbers. We are trying to recruit internationally as well as to do better in this country to retain and recruit our own staff, more money to modernize equipment and hospital buildings.

The big question that is being raised internally within the Department of Health and externally is, will this be sufficient? We have a national health service that is also a nationalized health service, government owned and run hospitals, a major role for government at all levels in regulating how the system is run. We are trying to achieve these changes not by going back to the internal market model because the internal market, to a large extent, is now dead and buried, even though there are still some remnants of it around. Competition and choice have been rejected by the Blair government and it is attempting to achieve improvements in performance through government control and intervention, setting national standards for performance, using organizations like the Commission for Health Improvement to inspect and visit hospitals, driving up change through a number of new mechanisms like the modernization agency for the health

J'aimerais maintenant vous parler de la séance d'information à laquelle nous avons assisté au sujet de l'expérience britannique. Ce qu'il importe de retenir, c'est que le Royaume-Uni a très bien réussi à empêcher le coût des soins de santé d'augmenter. Réussir à offrir des services universels et plus ou moins exhaustifs pour moins de 7 p. 100 du PIB est une vraie aubaine. Si nous comparons avec d'autres pays, nous pouvons dire que nous en obtenons pour notre argent. Deux facteurs expliquent comment nous avons réussi à y arriver. Le premier est un contrôle gouvernemental très strict, un système de payeur unique avec une source de fonds, que le trésorier contrôle très bien en réglementant les dépenses des soins de santé. L'autre raison principale est que nous avons un solide système de soins de courte durée au Royaume-Uni — un intéressant contraste avec le Canada et notre pays — où les omnipraticiens agissent comme gardiens et où on procède à l'enregistrement des patients, à l'établissement des listes, ce qui donne un système maintenant très bien rodé.

Une autre raison explique pourquoi nous réussissons à limiter les coûts. Le gouvernement contrôle les salaires des principaux groupes d'employés au Royaume-Uni. Par le passé, on considérait cela comme un point fort en raison du solide pouvoir de négociation que cela a donné au gouvernement. À présent, on considère peut-être qu'il s'agit tout autant d'une force que d'une faiblesse parce qu'il est difficile d'attirer les principaux groupes d'employés dans un marché du travail concurrentiel et que certains employés peuvent être tentés d'aller travailler dans d'autres secteurs parce qu'ils y trouvent plus d'avantages et une plus grande souplesse.

Au Royaume-Uni, on met à présent l'accent sur l'augmentation des dépenses, un investissement plus grand qui pourrait nous aider à surmonter certains des problèmes inhérents à la restriction des coûts: plus d'argent qui nous permettra d'acheter quelques lits d'hôpitaux de soins de courte durée de plus, de mettre un frein au déclin que nous connaissons depuis bien des années pour que nous puissions avoir plus de souplesse, plus de capacité et plus d'argent pour engager du personnel. Nous tentons de recruter à l'échelle internationale et de faire en sorte que notre pays puisse mieux recruter du personnel et le maintenir en poste, tout en injectant de l'argent dans la modernisation de l'équipement et des immeubles des hôpitaux.

Une grande question a été soulevée à l'interne, au ministère de la Santé, et à l'externe: est-ce que cela va suffire? Nous avons un service national de la santé qui est aussi un service de santé nationalisé, des hôpitaux qui appartiennent au gouvernement et qui sont exploités par lui, un important rôle de réglementation du gouvernement dans toutes les sphères du système. Nous tentons de réaliser ces changements, mais pas en revenant au modèle de marché interne, parce que ce modèle est, dans une large mesure, périmé, même s'il en subsiste toujours quelques vestiges. La concurrence et le choix ont été rejetés par le gouvernement Blair, qui tente d'apporter des améliorations au rendement par l'entremise de mesures de contrôle et d'intervention du gouvernement, de l'établissement de normes de rendement national, du recours à des organismes comme la Commission pour l'amélioration de la santé pour l'inspection et les visites des

service, which is there to identify and spread good practice and to overcome some of the variations in performance.

The last thing I would say, by way of introduction, is that my reading of the international evidence is that Canada and the U.K. are not alone in experiencing a perceived crisis of performance and being subject to increasing public concern and media criticism.

In the evidence from the Commonwealth Fund on its recent studies of professional attitudes toward the performance of health care, it is reporting broadly similar findings in a variety of different countries such as Australia and New Zealand, as well as Canada and the U.K. The problems of health policy are pretty intractable and, at worse, insoluble. The issue is the least bad solution rather than most perfect.

The Chairman: On that encouraging note, you will understand why we are here doing what we are doing.

Before turning to my colleagues I will ask the question of Professor Ham, but I invite all to chime in. I understand that the internal market is, in Professor Ham's words, "dead and buried." Was that purely for political ideological reasons, in which case we do not need to pursue it, or was there some evidence that the internal market structure was not working anyway?

Mr. Ham: Some people would say it was never properly tried and tested. I suspect that might be the view of Mr. LeGrand when we bring him into the conversation. Of course, when you get two or three academics, you get four or five different opinions, so we are in for a lively session.

The Chairman: I should tell you that we have two doctors, so we can certainly match you in a multitude of opinions.

Mr. Ham: I would say "internal market" was always a bit of a misnomer in our case. I would say, it was a managed market and it turned out to be a heavily politically-managed market. It was introduced by Margaret Thatcher, who had a certain belief in the value of competition and choice in health care as in other sectors. When it was implemented, John Major became Prime Minister and there was a change of health minister at the same time. It might be argued that they did not have the courage of their predecessors' convictions. They did not actually implement the internal market as it was intended from the beginning, so in practice I would say there was not ever a great deal of competition between hospitals and other health care providers and to that extent the so-called internal market experiment was never tested in the way that was intended at the outset.

Mr. LeGrand: I would agree with that. Many of us who supported the idea of the internal market were disappointed with the consequences. It neither really failed, nor did it really succeed. There were no massive changes of the kind that some of us had

hospitals, de l'introduction de changements au moyen d'un certain nombre de nouveaux mécanismes comme l'organisme de modernisation des services de santé, dont le rôle est de cerner les pratiques exemplaires, d'en répandre l'utilisation et de surmonter certains des écarts de rendement.

J'ajouterai enfin, en guise d'introduction, que mon interprétation des données internationales révèle que le Canada et le Royaume-Uni ne sont pas seuls à vivre ce qui est perçu comme une crise de rendement qui les expose aux préoccupations constantes du public et aux critiques des médias.

À la suite de ses récentes études sur les attitudes professionnelles à l'égard de la prestation des soins de santé, le Fonds du Commonwealth signale des constatations très semblables dans divers pays comme l'Australie et la Nouvelle-Zélande ainsi que le Canada et le Royaume-Uni. Les problèmes de politique en matière de santé sont difficiles à régler, si tant est qu'ils puissent l'être. Il faut souvent se contenter de la moins pire des solutions plutôt que de la meilleure.

Le président: Ce commentaire encourageant explique pourquoi nous faisons ce que nous faisons.

Avant de passer à mes collègues, j'aimerais poser une question à M. Ham, mais j'invite tout le monde à donner son point de vue. M. Ham a dit, pour reprendre ses termes, que le marché interne était «périmé». Était-ce purement pour des motifs idéologiques et politiques, auquel cas nous n'avons pas besoin d'approfondir la question, ou certaines données laissaient-elles croire que la structure de marché interne ne fonctionnait pas de toute façon?

M. Ham: Certains diraient qu'elle n'a jamais été adéquatement mise à l'essai et mise à l'épreuve. Je soupçonne que c'est ce que pourrait vous dire M. LeGrand lorsque nous l'appellerons à intervenir. Évidemment, quand vous réunissez deux ou trois universitaires, vous obtenez quatre ou cinq opinions différentes; je pense que la séance va être animée.

Le président: Il faut que je vous dise que, comme nous avons deux médecins, nous allons sûrement vous rendre la pareille pour ce qui concerne la multiplicité des opinions.

M. Ham: Je dirais que le terme «marché interne» n'a jamais vraiment décrit la réalité dans notre cas. Je dirais qu'il s'agissait d'un marché géré qui s'est transformé en marché très politiquement géré. Il a été créé par Margaret Thatcher, qui croyait à la valeur de la concurrence et du choix dans le secteur de la santé et dans d'autres. Lorsqu'il a été mis en place, John Major est devenu premier ministre, et il y a aussi eu changement de ministre de la Santé. On pourrait alléguer qu'ils n'avaient ni le courage ni les convictions de leurs prédécesseurs. En effet, ils n'ont pas mis en oeuvre le marché interne de la façon qui avait été prévue au départ, de sorte que, en pratique, je dirais qu'il n'y a jamais eu entre les hôpitaux et les autres fournisseurs de soins de santé la concurrence qui avait été prévue, et que ce qu'on appelait l'expérience du marché interne n'a jamais été mise à l'essai de la façon prévue au départ.

M. LeGrand: Je suis d'accord avec vous. Nombre d'entre nous qui avons appuyé l'idée du marché interne ont été déçus des conséquences. Il n'a jamais vraiment connu d'échec, mais jamais vraiment connu de succès non plus. On n'a jamais vu les

hoped to see and some of us had feared. There were two reasons for that. One was because the consensus was too weak and the constraints were too strong. There were not any dramatic incentives. Hospitals rarely did well, but if they did do well, any surplus they made would be taken away in the following year. If they failed on the whole, they were bailed out by the government. The actual incentive for a hospital to perform well at both ends was blunted.

At the same time, as Professor Ham said, there was a fairly dramatic degree of central government control which found it fairly difficult to let go of the health care market, as it would have had to do for health care to have worked properly. Therefore, the incentive was too weak and the constraints were too strong.

There might have been a mistake in terms of the fundamental degree of motivation. For a market to work properly, the individuals concerned must be motivated to respond to market signals. They must be motivated, in the crudest sense, to make a profit. In many cases, the key agents in the market were doctors and hospital specialists, whose motivations are not necessarily either to make a massive profit for themselves or for the institutions for which they work. Motivations might be patient welfare or professional status. There could be a whole variety of different motivations, but not necessarily ones that are suitable for the kind of market arrangements that were set up. That is another reason why, at the end of the day, the internal market was not perhaps the success that people had expected.

Mr. Smee: There is nothing that I have heard so far that I would strongly disagree with, but one should remember there are important legacies from the period known as the internal market and I would identify three. First, we continue to separate the purchasing, or what is now called commissioning role, from the provider role. One of the critiques of the National Health Service, NHS, before the so-called internal market was introduced was that the same bodies' health authorities were meant to be commissioning, or purchasing, services on behalf of the local populations, but at the same time they were running the local hospitals. Thus, they had a pronounced conflict of interest aimed at protecting those hospitals.

This government has continued with the idea that to have a body, or bodies, acting primarily, or solely, as the agent for the consumer in the health system is a system that we want to maintain. We have a strong distinction between the people who receive the money — the health authorities now and, increasingly in the future, the primary care groups or trusts in the future — and the providers proper, particularly the secondary care providers — the hospitals — and they are not under the same direct management. That idea has survived.

The second idea that survived came out of the internal market more by chance than by design. Probably the best agents for the public in terms of commissioning or purchasing services are primary care groups of some kind. We had the GP or general

changements marqués que certains d'entre nous avaient espérés et que certains d'entre nous avaient craints, et ce, pour deux raisons. La première était que le consensus était trop faible et les contraintes, trop fortes. Il n'y avait aucune mesure incitative digne de ce nom. Les hôpitaux avaient rarement un bon rendement, mais s'ils en avaient un, tous les surplus qu'ils pouvaient faire leur étaient retirés l'année suivante. S'ils connaissaient un échec, le gouvernement les tirait du pétrin. D'une façon ou d'une autre, rien n'incitait vraiment les hôpitaux à avoir un bon rendement.

En même temps, comme l'a expliqué M. Ham, il y avait un contrôle central plutôt marqué de la part du gouvernement, lequel jugeait très difficile de laisser aller le marché des soins de santé, ce qu'il aurait dû faire si le réseau de la santé avait bien fonctionné. Ainsi, les mesures incitatives étaient trop faibles, et les contraintes, trop fortes.

Il pourrait y avoir une erreur au chapitre du degré fondamental de motivation. Pour qu'un marché fonctionne bien, les personnes concernées doivent être motivées à répondre aux signaux inhérents. Elles doivent être motivées, au sens le plus cru du terme, par la recherche du profit. Dans bien des cas, les principaux agents du marché étaient des médecins et des spécialistes des hôpitaux, dont les motivations n'étaient pas nécessairement de faire un gros profit pour eux-mêmes ou pour l'établissement pour lequel ils travaillent. Leurs motivations peuvent être le bien-être du patient ou leur situation professionnelle. Il pouvait y avoir tout un éventail de motivations, mais pas nécessairement celle qui aurait convenu au type d'entente de marché qui était établi. C'est une autre raison qui explique pourquoi, en définitive, le marché interne n'a peut-être pas connu le succès que certains avaient escompté.

M Smee: Jusqu'ici, je n'ai rien entendu que je pourrais fortement contester, mais il ne faut pas oublier qu'il y a d'importants vestiges d'une période connue sous le nom de marché interne, et je pourrais vous en nommer trois: tout d'abord, nous continuons à séparer les achats, ou ce que nous appelons maintenant le rôle d'acheteur, du rôle de fournisseur. L'une des critiques formulées par le Service national de la santé avant la création de ce qu'on a appelé le «marché interne» était que les mêmes administrations de la santé, qui devaient commander ou acheter les services au nom des populations locales, devaient en même temps exploiter les hôpitaux locaux. Il y avait donc un énorme conflit d'intérêts qui visait à protéger ces hôpitaux.

Le gouvernement actuel a poursuivi la mesure avec l'idée qu'il fallait maintenir un système selon lequel un ou des organismes agiraient principalement, ou uniquement, comme représentants des consommateurs dans le système de santé. Il y a une grande distinction entre les personnes qui reçoivent l'argent — à l'heure actuelle, les administrations de la santé et, de plus en plus dans l'avenir, les groupes de soins primaires ou les fiducies — et les fournisseurs proprement dits, particulièrement ceux qui fournissent des soins secondaires — des hôpitaux — qui ne font pas l'objet de la même gestion directe. Cette idée a survécu.

La deuxième idée qui a survécu a découlé du marché interne plus par hasard que par logique. Quels qu'ils soient, les groupes de soins primaires sont probablement les meilleurs représentants du public pour ce qui est de l'achat des services. Dans le modèle

practitioner fund-holders set up in the original model, and they became the commissioners of choice, usurping that role from the health authorities. The current government built on that and said that it recognized that GPs and the primary care team more generally appear to be, on balance, the most effective agents that it could identify in the health care system, in terms of commissioning services for the bulk of the population of the country. Therefore, it would put them together into primary care groups that will evolve into primary care trusts. There is a continuity between the current status and the internal market.

The third area is that, when we decided that we had to commission services, we had to start pricing services properly. We had to start asking questions about quality as well as costs. This government has been able to build on much of the work set up under the internal market in terms of improving performance information and performance measures. Before the internal market, because we were not purchasing, commissioning, or contracting for services to any large extent, we had far less information on costs and, increasingly, on outcomes. In the internal market, at least in theory, when trying to drive costs down, you rapidly realize you need information on quality to ensure that you are not simply cutting costs all the time and the quality is going out the window. There is a kind of continuity in improving the information we have for measuring what is happening in the health care systems and in using those measures to promote improvement across the piece.

Senator Graham: Senator Kirby made reference to the fact that we have the luxury of having two distinguished people from the medical profession with us on the committee: Senator Morin, who is the former Dean of Medicine of one of our great universities and Senator Keon, who is Canada's most famous heart specialist.

In reviewing the material for this meeting, I came across an interesting statistic: in England and Wales in 1986, the figure that was given for the number of coronary bypass graphs performed there was 929. Six years later, in 1992, the figure had grown to 6,463. I do not know whether that is due to declining health or growing expertise. Perhaps you would like to comment on that.

While I am on that point, are your university medical students encouraged or directed to enrol or study a particular discipline or specialty to ensure that there are sufficient doctors in all specialized fields?

Mr. Ham: What you are giving is a particular example of the general issue of the system that has very strictly contained costs in the past. One way in which that has been expressed is relative under-provision and under-investment in services like coronary artery bypass grafting.

If you examine the comparative figures in all years, for North America, France and Germany, the U.K. tends to do fewer of these procedures in relation to the population than are done elsewhere. In the last three or four years, government has said that we actually perform too few of those operations. Thus, the

original, les titulaires du fonds étaient les omnipraticiens, et on en est venu à leur confier la responsabilité des achats, au détriment des administrations de la santé. Le gouvernement actuel est parti de là et a dit qu'il reconnaissait que les omnipraticiens et l'équipe des soins primaires semblaient, en définitive, les mieux placés dans le système des soins de santé pour commander des services au nom de l'ensemble de la population du pays. Par conséquent, il les intégrerait au groupe des soins primaires appelés à devenir des fiduciaires des soins primaires. Il y a une continuité entre la situation actuelle et le marché interne.

Troisièmement, lorsque nous avons décidé que nous devions commander des services, nous avons commencé à en établir le prix adéquatement. Nous avons commencé à nous poser des questions au sujet de la qualité ainsi que des coûts. Le gouvernement actuel a pu faire fond sur une bonne part du travail fait en vue de l'établissement du marché interne en ce qui concerne l'amélioration des informations sur le rendement et des mesures de rendement. Avant le marché interne, du fait que nous ne faisons pas une bonne part des achats, des commandes, des contrats de service, nous avions beaucoup moins d'information sur les coûts et en avions de moins en moins sur les résultats. Avec le marché interne, à tout le moins en théorie, lorsque vous tentez de réduire les coûts, vous réalisez rapidement qu'il vous faut des informations sur la qualité pour vous assurer de ne pas simplement couper tout le temps des coûts au détriment de la qualité. On peut observer une certaine continuité dans l'amélioration des informations dont nous disposons pour mesurer ce qui se passe dans les systèmes de soins de santé et utiliser les mesures acquises pour promouvoir l'amélioration dans tous les secteurs.

Le sénateur Graham: Le sénateur Kirby a souligné que nous avons la chance d'avoir deux distinguées personnes de la profession médicale avec nous au comité: le sénateur Morin, ex-doyen de médecine de l'une de nos grandes universités, et le sénateur Keon, le plus célèbre spécialiste du coeur au Canada.

En examinant les documents qui nous ont été remis pour la réunion, je suis tombé sur une statistique intéressante: en Angleterre et au pays de Galles en 1986, le nombre de pontages coronariens mentionné était de 929. Six ans plus tard, en 1992, ce nombre était passé à 6 463. Je ne sais pas si c'est attribuable à une hausse des problèmes de santé ou à de nouvelles capacités médicales. J'aimerais obtenir vos commentaires là-dessus.

Et tandis qu'on y est, vos étudiants en médecine sont-ils encouragés ou invités à s'inscrire dans une discipline ou une spécialité particulière pour qu'on puisse assurer qu'il y a suffisamment de médecins dans toutes les spécialités?

M. Ham: Ce que vous donnez est un exemple particulier du problème général d'un système dont on a très strictement restreint les coûts dans le passé. L'une des façons dont cette mesure s'est traduite, c'est qu'il y a eu sous-fourniture et sous-investissement dans des services comme les pontages coronariens.

Si vous examinez les chiffres comparatifs pour toutes les années, en Amérique du Nord, en France et en Allemagne, le Royaume-Uni effectue généralement moins de ces actes par rapport à la population qu'on le fait ailleurs. Au cours des trois ou quatre dernières années, le gouvernement a déclaré qu'il procédait

investment now being made is directed at developing services in the fields of cancer, coronary heart disease and mental health to bring levels of provision and intervention more in line with what you would expect to find elsewhere.

It is the supply side constraints that explain the difference you are pointing to, rather than any major variations in demand among that population group.

Senator Graham: Could you tell us how much emphasis is placed on preventive health care programs?

Mr. Ham: There is a lot of work being done to give priority to preventive health care programs. At the moment, they take a number of forms. I mentioned the differences between our two systems in primary care during my opening remarks. One of the main strengths of our primary care system is that there are patients who register with a family physician or use a group of family physicians. Therefore, there is a continuity of relationships between patients and doctors that you do not find in other systems.

The group of family physicians have continuing responsibility for a given population, usually responsible for a whole family, and as part of that they will give priority to vaccinations and immunizations among the children in the practice population. They will also have responsibility for certain screening programs, for example, for cervical cancer screening. They will, in various other ways, give advice on giving up smoking, adopting healthy life styles, nutrition, diet and so on. Primary care is an important focus for us in relation to prevention.

At a national level, there are population health targets that both this government and the previous Conservative government have set for improving the health of the population. Typically, this focuses on the major causes of mortality and morbidity such as cancers, stroke, heart disease, suicides and mental health. The government establishes targets, 10 to 15 years hence, for how it wants to see population health improve in relation to each of those areas. Those targets are then translated at the local level into each health authority having responsibility for its population and agreeing on local programs of prevention and health promotion, often working in partnership with local government.

Mr. Smee: On the point about medical schools, there is a system for agreeing with the Royal Colleges, our major professional association, on the number of training posts beyond the undergraduate level. If we thought there would be a need for more gynaecologists in five or ten or fifteen years, there could be agreement with the Royal Colleges that there should be more registrar or senior house officer posts in those specialties. I think one would have to say the process has not worked terribly well, given that the same specialties have been marked by scarcities in terms of waiting times for many years.

en réalité à trop peu de ces interventions. Par conséquent, l'investissement qui est maintenant fait vise à étendre les services dans les domaines du cancer, des coronaropathies et de la santé mentale afin de porter la prestation des services et l'intervention à des niveaux plus conformes à ce que vous pourriez vous attendre à trouver ailleurs.

Ce sont les contraintes du côté de l'offre qui expliquent la différence que vous soulignez, plutôt qu'un écart majeur de la demande dans ce groupe de population.

Le sénateur Graham: Pourriez-vous nous dire quel accent est mis sur les programmes de soins de santé préventifs?

M. Ham: On s'efforce énormément d'accorder la priorité aux programmes de soins de santé préventifs. À l'heure actuelle, ils prennent plusieurs formes. Dans mes remarques liminaires, j'ai parlé des différences entre nos deux systèmes au chapitre des soins primaires. L'un des principaux avantages dans notre système des soins primaires est que les patients s'inscrivent auprès d'un médecin de famille ou recourent aux services d'un groupe de médecins de famille. Par conséquent, on retrouve dans la relation entre les patients et les médecins une continuité qui ne se trouve pas dans d'autres systèmes.

Le groupe de médecins de famille a la responsabilité constante d'une population donnée, est généralement responsable de tous les membres d'une même famille, ce qui l'amène à accorder la priorité aux vaccinations et aux immunisations des enfants de sa clientèle. Ils seront aussi responsables de certains programmes de dépistage, par exemple le dépistage du cancer du col de l'utérus. Ils vont, de diverses autres façons, donner des conseils sur l'abandon du tabagisme, l'adoption d'un mode de vie sain, la nutrition, l'alimentation, et ainsi de suite. Les soins primaires sont un point très important pour nous en ce qui touche la prévention.

À l'échelle nationale, il y a des cibles au sujet de la santé de la population que le gouvernement actuel et le gouvernement conservateur qui l'a précédé ont établi pour l'améliorer. De façon générale, elles concernent les principales causes de mortalité ou de morbidité, comme les cancers, les ACV, les maladies cardiaques, les suicides et les maladies mentales. Le gouvernement établit des cibles, par exemple de dix à quinze ans, pour l'amélioration souhaitée de la santé de la population dans chacun de ces secteurs. Ces cibles sont ensuite adaptées à l'échelle locale, chaque administration de la santé étant responsable de sa population et approuvant les programmes locaux de prévention et de promotion de la santé, souvent en partenariat avec les autorités locales.

M. Smee: En ce qui concerne les écoles de médecine, il y a un système qui permettrait d'accepter, en collaboration avec les Royal Colleges, notre association professionnelle principale, le nombre de postes de formation au-delà du premier cycle. Si nous pensons qu'il faudra plus de gynécologues dans cinq, dix ou quinze ans, on peut s'entendre avec les Royal Colleges pour qu'il y ait davantage de postes de registraire ou d'agent principal de santé dans ces spécialités. Je pense qu'il faudrait dire que le processus n'a pas très bien fonctionné puisque les mêmes spécialités ont été frappées par des pénuries qui allongent les délais d'attente depuis bien des années.

Mr. LeGrand: One could say more about the prevention issue as well. The potential, when you have a purchaser-provider split, of focusing more on prevention is clearly there and there were one or two interesting examples or stories. One health authority deliberately decided to spend its money on putting in what we call in Britain "sleeping policemen" — you might call them speed bumps — in a local public housing estate, the idea being to bring down the number of accidents.

The Chairman: Do you have any further comments on Senator Graham's question?

Mr. LeGrand: I was telling a story about a purchaser-provider split and prevention. The point was simply that, in theory at least, if you had a purchaser-provider split, the purchaser could spend money on prevention in a way that is much more difficult if the whole system is an integrated one. I must say in practice, other than the stories we heard, the acute hospital sector was still very good at gobbling up much of the money, as these types of centres usually do.

Senator LeBreton: I have a specific question for Professor LeGrand. You talked in your introductory remarks about a Commission for Health Improvement, and you talked about it monitoring activities. When was this established? What is its mandate? How broad a scope do you have? What powers do you have to affect change? It sounds like a tall order. It certainly would be if there were such an agency in Canada.

Mr. LeGrand: Those of us working in it feel the same way. It has a number of functions. One of its functions — my colleagues would kill me for this, because I am not using the jargon — is basically to monitor performance and quality and the procedures that have been set up within the system, particularly with an emphasis on clinical arrangements for performance and monitoring.

Another role is to undertake specific investigations that have been asked for by the secretary of state or, indeed, by others. We are open to requests from other parts of the health service to undertake specific investigations into specific indicators, or specific instances, I should say, or examples of system failure we have been asked to investigate.

Third, we have a general performance monitoring role. We are, in conjunction with other agencies of government, putting out a number of performance indicators that look at national performance of the system relative to certain national targets.

We have only been in operation for a year or so. We have undertaken a number of specific investigations during that time, cases of abuse of elderly patients, for instance, in one particular hospital trust, and the case of a surgeon making a mistake and taking out the wrong kidney in another hospital trust.

M. LeGrand: On pourrait en dire plus au sujet de la prévention également. Lorsque vous établissez une distinction entre les acheteurs et les fournisseurs, la possibilité de mettre un accent sur la prévention est manifeste, et il y a eu à ce sujet un ou deux exemples intéressants. Une administration de la santé a délibérément décidé de dépenser son argent sur l'installation de ce que vous appelez ici une «bosse antivitesse» dans un domaine d'habitation publique local, l'idée étant de réduire le nombre d'accidents.

Le président: Avez-vous d'autres commentaires à faire en réponse à la question du sénateur Graham?

M. LeGrand: Je racontais l'histoire au sujet de la distinction entre l'acheteur et le fournisseur et de la prévention. Ce que je voulais dire, c'est simplement que, à tout le moins en théorie, si l'acheteur et le fournisseur sont distincts, l'acheteur peut consacrer de l'argent à la prévention beaucoup plus facilement que si le système est intégré. Je dois dire qu'en pratique, hormis les histoires que nous avons entendues, le secteur des hôpitaux pour soins de courte durée réussissait quand même très bien à gober une grande partie de l'argent, comme ce type de centres le fait généralement.

Le sénateur LeBreton: J'ai une question précise à poser à M. LeGrand. Dans vos remarques liminaires, vous avez parlé d'une Commission pour l'amélioration de la santé, et vous avez aussi parlé de ses activités de contrôle. Quand a-t-elle été créée? Quel est son mandat? Quelle portée avez-vous? Quels pouvoirs avez-vous d'effectuer des changements? La commande semble grosse. Elle le serait à coup sûr s'il y avait un organisme de ce genre ici au Canada.

M. LeGrand: Ceux d'entre nous qui y travaillent le pensent aussi. L'organisme a un certain nombre de fonctions. L'une d'entre elles — mes collègues m'en voudraient de dire cela, parce que je n'utilise pas le jargon — consiste fondamentalement à effectuer un contrôle de la qualité et du rendement ainsi que des procédures qui ont été établies au sein du système, en mettant particulièrement l'accent sur les mesures cliniques établies pour le rendement et la surveillance.

Un autre rôle consiste à entreprendre diverses enquêtes qui ont été commandées par le secrétariat d'État ou, à vrai dire, par d'autres. Nous acceptons les demandes émanant d'autres parties des services de santé où l'on souhaite que nous entreprenions des enquêtes particulières sur des indicateurs précis, ou dans des cas précis, devrais-je dire, d'exemples de défaillances de systèmes sur lesquels on nous a demandé d'enquêter.

De plus, nous avons un rôle de contrôle du rendement général. De concert avec d'autres organismes du gouvernement, nous établissons un certain nombre d'indicateurs du rendement qui s'attachent au rendement national du système par rapport à certaines cibles nationales.

Nous ne sommes en fonction que depuis environ un an. Nous avons entrepris plusieurs enquêtes particulières au cours de cette période, des cas de violence à l'endroit de patients âgés, par exemple, dans un hôpital particulier, et il y a aussi un chirurgien qui a commis une erreur en procédant à l'ablation du mauvais rein dans un autre hôpital.

We have also begun a process of visiting. We have visited now 20 or 30 of the 500 NHS institutions that we are supposed to visit on a regular basis — once every four years for the ones that are doing all right and once every two years for those not doing well. We are supposed to produce a report on these institutions. That report is sent to the regional office. If there are recommendations for action in that report, the regional office of the National Health Service is supposed to follow up on those actions. As yet, it is early days to say whether that is the way it will work in practice, but that, at least, is the theory.

Senator LeBreton: How large a staff do you have working for this commission?

Mr. LeGrand: It is rising exponentially. At last count, it was in the order of 250. That is the staff of the home base. To undertake the reviews themselves, we call upon a wide range of reviewers. People are seconded, usually from the health service itself, and we include a doctor, a nurse, a medical manager and a lay person as reviewers. These people are seconded and trained by us and then undertake the review specifically for that purpose.

Senator LeBreton: The beneficiaries of this, of course, would be the public in terms of the knowledge and the profession in terms of performance. Do you get involved in legal implications? You talked about the gentleman with the wrong kidney removed.

Mr. LeGrand: We certainly do.

Senator LeBreton: How do you handle that?

Mr. LeGrand: As always in legal matters, with great difficulty.

In our first report, which was the case of abuse of elderly patients, we went through endless contortions trying to decide if we could name a particular individual who we thought bore a heavy responsibility for this particular abuse. We consulted a variety of government solicitors. We consulted the treasury solicitors, although I cannot remember why, and they gave advice that we could not name the individual concerned. My understanding was that the Department of Health was rather impatient with us and told us we ought to get another solicitor. We do tread that particular path with extreme care because, clearly, we can get into legal issues quickly.

Senator LeBreton: I have another question on the issue of private insurers. I read somewhere that in the U.K. more people were starting to turn to private insurers. I think the figure was growing. Does that then cause additional stress on the system if people have private insurance? I believe the U.K. has similar problems to Canada in terms of waits and line-ups. Is there a danger that people covered by private insurance can jump the line and get care to which the general public does not have access?

Nous avons aussi entrepris les visites. Jusqu'à présent, nous nous sommes rendus dans 20 ou 30 des 500 établissements du SNS que nous sommes censés visiter de façon régulière — une fois tous les quatre ans pour ceux qui s'en tirent bien, et une fois tous les deux ans pour ceux qui s'en tirent moins bien. Nous sommes censés produire un rapport sur ces établissements. Le rapport est envoyé au bureau régional. Si des mesures y sont recommandées, le bureau régional du Service national de la santé est censé faire un suivi. Jusqu'à présent, il est trop tôt pour dire si cela va fonctionner ainsi en pratique, mais à tout le moins, cela fonctionne ainsi en théorie.

Le sénateur LeBreton: Combien y a-t-il d'employés à cette commission?

M. LeGrand: Le nombre en augmente de façon exponentielle. Au dernier décompte, il était de l'ordre de 250. Il s'agit du personnel du siège social. Pour entreprendre des examens proprement dits, nous faisons appel à tout un éventail d'examineurs. Ces gens sont détachés, généralement du secteur de la santé, et nous nommons au comité d'examen un médecin, une infirmière, un gestionnaire médical et un profane. Ces personnes sont détachées et formées par nous, et elles procèdent à l'examen spécifiquement à cette fin.

Le sénateur LeBreton: Évidemment, les bénéficiaires de cette activité sont les membres du public, pour ce qui est des connaissances, et la profession, pour ce qui est du rendement. Vous occupez-vous des répercussions juridiques? Vous avez parlé de l'homme à qui on a enlevé le mauvais rein.

M. LeGrand: À coup sûr.

Le sénateur LeBreton: Et comment vous débrouillez-vous?

M. LeGrand: Comme toujours dans les affaires juridiques, avec beaucoup de difficulté.

Dans notre premier rapport, qui concernait des actes de violence à l'endroit de patients âgés, nous nous sommes livrés à des contorsions sans fin pour tenter d'établir si nous pouvions nommer une personne en particulier qui, selon nous, était en grande partie responsable de ces actes de violence. Nous avons consulté divers avocats du gouvernement. Nous avons consulté des avocats chargés du trésor, quoique je ne me rappelle pas pourquoi, et ils nous ont conseillé de ne pas nommer l'individu en question. D'après ce que je comprends, le ministère de la Santé était plutôt impatient avec nous et nous a dit que nous devions nous trouver un autre avocat. Nous progressons avec un soin extrême sur cette voie, parce que, manifestement, l'affaire peut rapidement prendre une tournure juridique.

Le sénateur LeBreton: J'ai une autre question au sujet des assureurs privés. J'ai lu quelque part qu'au Royaume-Uni les personnes se tournent de plus en plus vers les assureurs privés. Je pense que le chiffre augmente. Cela entraîne-t-il des contraintes supplémentaires pour le système si les gens ont une assurance privée? Je pense que le Royaume-Uni a des problèmes semblables à ceux du Canada en ce qui concerne les délais et les listes d'attente. Y a-t-il un risque que les personnes protégées par une assurance privée sautent des étapes et obtiennent plus rapidement des soins que le reste du public?

Mr. Smee: The history on the scale of private health insurance is that it rose rapidly in the 1980s, up until around 1989, if I remember correctly, when it reached 10 per cent of the population that had private insurance. It then stuck at that level all the way through the 1990s until 2000 when the most recent figures have shown again a significant increase. However, this increase of around 5 per cent, or in that order, is the first of significance in a decade.

The interesting aspect for us is why private insurance apparently remained static for the better part of a decade. We now think that around 12 per cent of the population is covered by private insurance. The distinction is made between those covered by their employer's schemes — and those who have been expanding — and those covered by personal private insurance that individuals buy directly themselves rather than obtaining as an employment perk. The company schemes have tended to be expanding over most of the period and have been offset for much of that period by a decline in private payments. The fastest growing part, in terms of private coverage at the moment, is out-of-pocket payments — people not using either private insurance or employer insurance, but simply paying for elective operations, when they need them, out of their own pockets.

In terms of jumping queues, yes it happens. One of the major reasons given by people who take private insurance is they want the peace of mind of being able to have elective operations for themselves or their families more quickly or at more convenient times than if they must depend on the National Health Service. That is seen, of course, as a cause of unfairness, which is one of the reasons that the government is committed to bringing down waiting times for National Health Service patients as rapidly as it can.

Senator LeBreton: You do not have any laws, then, that would intervene, so there is a potential for this activity to increase, particularly with the employee and employer plans. Why would people get into them unless they thought there was some real benefit? Is there any way that the government is expected to control the use of private insurance in the system?

Mr. Smee: The government believes that the NHS, if it is adequately funded and of adequate quality, will be able to remain the service of choice for the great majority of the population. Its aim is, I suppose, to make it the choice for more of the population. It hopes that the NHS plan, and the reforms following on from that, will lead to fewer people deciding they may need private health care insurance.

There are other reasons for getting private insurance. You can get faster treatments for certain things in some parts of the country. If you have private insurance you can get faster access to a specialist as an outpatient and then you get your operation done

M. Smee: En ce qui concerne l'ampleur de l'assurance-maladie privée, le fait est qu'elle a augmenté rapidement dans les années 80, jusqu'aux environs de 1989, si je ne me trompe, lorsque 10 p. 100 de la population avait une assurance privée. Le chiffre est ensuite demeuré le même tout au long des années 90 jusqu'en 2000, les chiffres les plus récents révélant une nouvelle fois une augmentation marquée. Cependant, cette augmentation, qui se situe aux environs de 5 p. 100, est la première qui soit réellement importante depuis une décennie.

Ce qui nous intéresse de savoir, c'est pourquoi l'assurance privée est en apparence demeurée stable durant la plus grande partie d'une décennie. Nous pensons maintenant qu'environ 12 p. 100 de la population est protégé par une assurance privée. Il faut établir la distinction entre les personnes protégées par l'assurance de leur employeur — dont le nombre a augmenté — et les personnes qui ont pris une assurance personnelle privée directement plutôt que par l'entremise de leur employeur. Les assurances des entreprises ont eu tendance à connaître de l'expansion durant la plus grande partie de la période, mais le phénomène est passé inaperçu en raison d'une diminution des paiements privés. La partie qui connaît la croissance la plus rapide, en ce qui concerne la protection privée à l'heure actuelle, concerne les paiements directs, lorsque les personnes ne font pas appel à leur assurance privée ni à celle de leur employeur quand ils ont besoin d'une opération non urgente et qu'ils paient simplement de leur poche.

Il arrive parfois que certaines personnes réussissent à passer avant d'autres. L'un des principaux motifs avancés par les personnes qui souscrivent une assurance privée, c'est qu'elles veulent avoir la certitude qu'elles-même et les membres de leur famille pourront obtenir une opération chirurgicale non urgente plus rapidement ou à un moment plus opportun que si elles doivent s'en remettre au Service national de la santé (SNS). Bien sûr, on y voit un problème d'équité, et c'est l'une des raisons qui font que le gouvernement s'est engagé à réduire les délais d'attente pour les patient du Service national de la santé le plus rapidement possible.

Le sénateur LeBreton: Il n'y a donc pas de lois qui puissent contrecarrer une telle tendance. Les impossibilités de croissance existent bel et bien, en particulier en ce qui concerne les régimes d'employés et d'employeurs. S'il n'y avait pas de véritables avantages, pourquoi y souscrirait-on? S'attend-t-on à ce que le gouvernement prenne des mesures pour contrôler l'utilisation de l'assurance privée dans le système?

M. Smee: Le gouvernement est convaincu que le SNS, pour peu qu'il soit adéquatement financé et de qualité suffisante, sera en mesure d'assurer des services de choix à la grande majorité des citoyens. Il a pour but, je suppose, de faire en sorte que le SNS soit le choix d'un plus grand nombre de citoyens. Il espère que le régime et les réformes qui suivront feront en sorte qu'un moins grand nombre de personnes croiront avoir besoin d'une assurance-santé privée.

Il y a d'autres raisons de souscrire une assurance privée. On peut obtenir des traitements plus rapides dans certaines régions du pays. Les personnes qui ont une assurance privée bénéficient d'un accès plus rapide à un spécialiste à titre de malade externe et

more quickly. The government is trying to narrow that gap and at the moment is making progress in that regard.

People may also take private insurance because they want to have a higher level of "hotel services" in the hospital. They may want not only their own room but their own television, and so on, or they may want a particular consultant. In private insurance you normally get access to a consultant, while in the National Health Service you may find, although your case may be under the overall supervision of a consultant, you may actually be operated on by a more junior member of staff. The government does not, at the moment, restrict access to private insurance and it does not see any reason to give incentives for people to obtain private insurance. It has withdrawn all obvious tax incentives or subsidies that encourage people to obtain private insurance.

Senator Morin: I would like to address my first question to Professor Ham, who has spent six months in Vancouver. Am I right in saying that?

Mr. Ham: I wish it had been six months. It was only a week.

Senator Morin: I see. You know the Canadian system, however, and you know there are similarities between the British and the Canadian systems. There are major differences as well. In its electoral platform, the Labour government has promised that it will increase spending by one-third, while we are fighting desperately to maintain costs. Do you have views on what Canada can learn from the NHS and its recent reforms after your visit to Vancouver?

Mr. Ham: As I indicated in my opening comments, I was struck by many of the similarities between our two systems. We have similar objectives, but also very similar problems. I am also conscious, in all the work I have done in examining how different countries pay for and provide health services, that the value of each system is so important in shaping what is possible to do and that ideas do not always transfer easily across international borders. What may work best in the U.K. system may not work very well elsewhere.

I would say that the strongest features of the National Health Service are the primary care foundations, upon which the rest of the system is based. If you consider the international evidence, the work of Barbara Starfield at Johns Hopkins University shows that countries that have stronger primary care tend to get better population health outcomes. They tend to get better value for money and they tend to have populations that are more satisfied with the performance of health services. Ms Starfield also demonstrates in her comparison that the U.K. probably comes out above all other countries in the strength of the primary care orientation in the health care system.

peuvent se faire opérer plus rapidement. Le gouvernement d'efforce de combler un tel écart, et il réalise en ce moment des progrès sur ce plan.

Certaines personnes souscrivent une assurance privée parce qu'elles tiennent à bénéficier d'un niveau de «services hôteliers» plus élevé à l'hôpital. Elles peuvent obtenir non seulement une chambre privée, mais aussi une télévision privée, et ainsi de suite, ou encore elles souhaitent être traitées par tel ou tel médecin-conseil. Les patients qui bénéficient d'une assurance privée ont normalement accès à un médecin-conseil, tandis que ceux du Service national de la santé se feront peut-être opérer par un membre du personnel subalterne, même s'ils sont confiés à la supervision générale d'un médecin-conseil. À l'heure actuelle, le gouvernement ne limite pas l'accès à l'assurance privée, et il ne sent pas du tout le besoin d'inciter les citoyens à souscrire une assurance privée. En fait, il a même retiré l'ensemble des subventions ou des incitatifs fiscaux évidents qui avaient pour effet d'inciter les gens à souscrire une assurance privée.

Le sénateur Morin: Ma première question s'adresse à M. Ham, qui a passé six mois à Vancouver, n'est-ce pas?

M. Ham: J'aurais bien voulu y passer six mois. Mon séjour n'a été que d'une semaine.

Le sénateur Morin: Je vois. Vous connaissez le système, cependant, de même que les similitudes entre les systèmes britannique et canadien. Il y a également des différences majeures. Dans sa plate-forme électorale, le gouvernement travailliste a promis d'augmenter les dépenses du tiers, tandis que nous tentons désespérément de maintenir les coûts. Après votre récent séjour à Vancouver, avez-vous une idée des leçons que le Canada pourrait tirer du SNS et des réformes qu'il a récemment effectuées?

M. Ham: Comme je l'ai affirmé dans ma déclaration d'ouverture, j'ai été frappé par bon nombre de similitudes entre nos systèmes. Nous avons des objectifs similaires, mais aussi des problèmes très similaires. Dans tous les travaux que j'ai consacrés aux modalités de paiement et de prestation des services de santé dans différents pays, je suis également conscient du fait que le coût de chacun des systèmes joue un rôle important dans le façonnement de ce qu'il est possible d'accomplir et que les idées ne franchissent pas toujours facilement les frontières internationales. Ce qui donne les meilleurs résultats dans le système du Royaume-Uni pourrait ne pas très bien fonctionner ailleurs.

Je dirais que les plus solides caractéristiques du Service national de la santé ont trait aux assises des soins primaires, sur lesquelles reposent le système. Après avoir examiné des données internationales, Barbara Starfield de la Johns Hopkins University a montré que les pays dont les soins primaires sont de meilleure qualité tendent à obtenir de meilleurs résultats du point de vue de la santé de la population. Ils tendent à obtenir un meilleur rendement, et les populations tendent à être plus satisfaites du rendement des services de santé. Dans son analyse comparative, Mme Starfield a également montré que le Royaume-Uni vient probablement au premier rang des pays du monde au chapitre de la force de l'accent mis sur les soins primaires dans le système de soins de santé.

I would not want to give you the impression that we have everything right with our primary care arrangements, but with the principle of having patients register with a family physician and that physician being responsible for providing continuity of care, we do not have a system of doctor shopping in the U.K. We expect a family to return to the same group of doctors for its care. With the building up of that relationship over time, physicians have the ability to take responsibility for the whole of that population to give priority to preventive medicine and to give health advice. Those are all positive features, not just for the U.K. but for any health care system that is trying to improve performance.

A second feature, which is increasingly salient here, is that we are considering not just how the medical system can be developed and strengthened, but how the social and economic determinants of health can be acted upon to improve health.

Since the Blair government was first elected four years ago, we have seen a range of social policies tackling child poverty and inequality in society, which the previous government found difficult to recognize explicitly. There is more emphasis now on improving conditions outside the health care sector in the belief, which I think is well-founded if you look at the research evidence, that will, in the longer-term, improve population health. We look to Canada as the home of the Lalonde report in 1974, for inspiration going back some years in this respect. We have not got it right, but we are trying for a better balance between the health agenda and the medical agenda.

Senator Morin: Am I right in understanding that NHS is thinking of turning more to privately run hospitals?

Mr. Ham: Yes. The NHS has always made some use of privately run hospitals, but during the recent election campaign — this may be what you are referring to — the Blair government made a commitment to be pragmatic after the election as to whether private or public hospitals should be used to treat National Health Service patients. Those patients would be treated free at the point of use of those services, whether public or private. That is to try to bring down the waiting lists and waiting times, particularly for non-urgent medical treatments, and to help achieve the targets set by the government. That is quite a shift compared to, traditionally, how Labour governments have seen these issues. The Blair government claims to be new Labour, not old Labour, being much more pragmatic about where the care is provided, as long as it is free for the patients.

Je ne voudrais pas vous donner l'impression que les dispositions qui régissent nos soins primaires sont parfaites, mais, en raison du principe selon lequel les patients s'inscrivent auprès d'un médecin de famille, qui assume la responsabilité de la continuité des soins, le phénomène du «magasinage» de médecin n'existe pas au Royaume-Uni. Nous nous attendons à ce que les membres d'une même famille s'en remettent au même groupe de médecins pour la prestation de soins. Avec l'approfondissement de cette relation au fil des ans, les médecins sont en mesure de prendre la responsabilité de toute cette population et d'accorder la priorité à la médecine préventive et à la prestation de conseils sanitaires. Ce sont là autant de caractéristiques positives, non seulement pour le Royaume-Uni, mais pour tout le système de soins de santé qui tente d'améliorer son rendement.

En vertu d'une deuxième caractéristique qui revêt de plus en plus d'importance, nous étudions les moyens non seulement d'agrandir et de renforcer le réseau médical, mais aussi d'agir sur les déterminants sociaux et économiques de la santé pour améliorer la santé de la population.

Depuis sa première élection il y a quatre ans, le gouvernement Blair a adopté un éventail de politiques de lutte contre la pauvreté infantile et les inégalités sociales, phénomènes que le gouvernement précédent éprouvait de la difficulté à reconnaître de façon explicite. Aujourd'hui, on met davantage l'accent sur l'amélioration des conditions extérieures au secteur des soins de santé dans l'espoir — bien fondé, me semble-t-il, à la lumière des données issues de la recherche — que les interventions en ce sens se traduiront à long terme par une amélioration de la santé de la population. À cet égard, nous sommes revenus en arrière pour trouver notre inspiration dans le rapport Lalonde de 1974, qui a été produit au Canada. Nous ne sommes pas parvenus à nos fins, mais nous nous efforçons d'établir un meilleur équilibre entre le programme de la santé et le programme médical.

Le sénateur Morin: Ai-je raison de penser que le SNS envisage de se tourner davantage vers des hôpitaux exploités par le secteur privé?

M. Ham: Oui. Le SNS a toujours eu recours à des hôpitaux privés, mais, au cours de la dernière campagne électorale — c'est peut-être ce à quoi vous faites allusion —, le gouvernement Blair s'est engagé à faire preuve de pragmatisme, une fois l'élection passée, relativement à la question de savoir si on devrait recourir à des hôpitaux privés ou publics pour traiter les patients du Service national de la santé. Les patients en question seraient traités gratuitement au point de service, public ou privé. La mesure vise à réduire les listes d'attente et les délais d'attente, particulièrement pour les traitements médicaux non urgents, de même qu'à favoriser l'atteinte des objectifs du gouvernement. Il s'agit d'un renversement considérable par rapport à la façon dont les gouvernements travaillistes ont traditionnellement abordé ces questions. Le gouvernement Blair se revendique du nouveau travaillisme, et non de l'ancien, c'est-à-dire qu'il fait preuve de plus de pragmatisme en ce qui concerne l'endroit où les soins sont donnés, à condition qu'ils soient gratuits pour les patients.

Senator Morin: What would be the effect of devolution or decentralization of health care delivery to Scotland and Wales? Would primary care fall under the responsibilities of these states?

Mr. Ham: Yes. There are differences between the four parts of the U.K. Scotland has the greatest measure of devolution. Scotland has elected a parliament that has some tax-raising powers. Neither the Welsh Assembly nor the Northern Ireland Assembly can raise taxation. They have limited legislative powers. In the last two years into the process of devolution, the most significant issue so far has been the funding of long-term care, by which I mean usually non-medical care for older people, dependent people, who no longer need to be looked after by the National Health Service, who no longer need medical support. The proposal in Scotland is that all aspects of long-term care should be fully funded by government. The proposal in England is that only some aspects of long-term care should be funded by government and the rest paid for directly by patients and their relatives. That is one indication of how devolution over time may result in four different versions of the National Health Service, even though we think of it as one model.

Mr. Smee: On the issue of devolution, it is worth bearing in mind that my department, which you are now talking about, the Department of Health, has always been responsible only for England. We have not had responsibility for the health care system of Scotland, Wales or Northern Ireland for the last 20 or 30 years, if not since the health service was established. There has always been some scope for Wales, Northern Ireland and Scotland to go their own way. Wales was earlier than we were in terms of setting health targets. Scotland was never so keen on the internal market as England was. Now, of course, because the Scottish have tax-raising powers, they can plan for larger divergence in the health care system by building on what has been there for many years.

Mr. LeGrand: I have two comments on the cost containment issue and the use of private hospitals. I have one point to make about relating those two. One reason Britain has been successful at cost containment is its ability to keep down the incomes of doctors and other medical professionals. The argument has been that is because many hospital specialists and nurses are paid on a salary basis, employed by the National Health Service and not by the employer, and we have been able to control the salaries of doctors and nurses. One of the effects of moving toward a system of relying more heavily on private hospitals may well be to break that kind of monopoly.

I am actually sitting on the commission recommending this move, or at least recommending some move in that direction. It is fairly clear that it is quite possible that if hospital staff move to

Le sénateur Morin: Quel serait l'effet de la délégation ou de la décentralisation de la prestation des soins de santé sur l'Écosse et le pays de Galles? Les soins primaires seraient-ils confiés à la responsabilité de ces États?

M. Ham: Oui. On note des différences entre les quatre régions du Royaume-Uni. C'est en Écosse que la délégation est la plus poussée. L'Écosse a élu un parlement doté de certains pouvoirs d'imposition. Ni l'assemblée galloise ni l'assemblée d'Irlande du Nord ne peuvent lever des impôts. Elles exercent des pouvoirs législatifs limités. Au cours des deux dernières années du processus de délégation, le problème le plus important rencontré jusqu'ici a eu trait au financement des soins de longue durée, c'est-à-dire habituellement les soins non médicaux pour les personnes âgées et les personnes dépendantes qui n'ont plus besoin du secours du Service national de la santé et qui n'ont plus besoin de soutien médical. Selon la proposition écossaise, le gouvernement devrait financer pleinement tout les aspects des soins de longue durée. Selon la proposition formulée en Angleterre, le gouvernement ne devrait financer que certains aspects des soins de longue durée, les patients et leurs proches devant assumer la responsabilité directe du reste des frais. On a donc ainsi une idée de la façon dont la délégation pourrait à la longue déboucher sur quatre versions différentes du Service national de la santé, même si nous voyons dans le dernier un modèle unique.

M. Smee: En ce qui concerne la délégation, on ne doit pas oublier que le ministère, c'est-à-dire celui dont vous parlez actuellement, le ministère de la Santé, a toujours été responsable uniquement de l'Angleterre. Depuis 20 ou 30 ans, sinon au moins depuis la création du Service national de la santé, nous n'avons pas assumé la responsabilité du système de soins de santé de l'Écosse, du pays de Galles ni de l'Irlande du Nord. Le pays de Galles, l'Irlande du Nord et l'Écosse ont toujours bénéficié d'une certaine marge de manoeuvre. Nous avons été devancés par le pays de Galles au chapitre de l'établissement d'objectifs de santé. L'Écosse n'a jamais tenu au marché interne au même titre que l'Angleterre. Parce qu'elle a maintenant le pouvoir de lever des impôts, l'Écosse, naturellement, peut aujourd'hui prévoir des écarts encore plus importants dans le système de soins de santé, mais elle le fera en s'inspirant de ce qui existe depuis longtemps.

M. LeGrand: Je veux formuler deux commentaires au sujet de la question de la compression des coûts et de l'utilisation des hôpitaux privés. Je dois soulever un point au sujet de ces deux aspects. Si la Grande-Bretagne est parvenue à juguler les coûts, c'est notamment en raison de sa capacité de limiter les revenus des médecins et d'autres professionnels de la santé. On a dit que c'est parce que bon nombre d'infirmières et de spécialistes travaillant en milieu hospitalier étaient salariés du Service national de la santé, et non d'un employeur, et nous avons été en mesure de contrôler les salaires des médecins et des infirmières. L'effondrement de ce genre de monopole risque d'être l'un des effets du mouvement vers une dépendance plus grande à l'endroit des hôpitaux privés.

Je siège à la commission qui recommande une telle mesure ou qui, tout au moins, recommande un certain mouvement en ce sens. Si les personnes qui travaillent en milieu hospitalier travaillent

actually being employed by the private sector or working more on a freelance basis, we might see an upward pressure on costs as a consequence of such a move, which is one argument often made against this particular idea. I think those on the commission feel it should have beneficial effects on the other ways.

Senator Morin: Was the report of that commission published? Is it available?

Mr. LeGrand: It is due to be published on June 25.

Senator Morin: We would appreciate receiving a copy, if possible.

Mr. LeGrand: We will try to arrange for that to happen.

Senator Keon: Thank you very much, gentlemen, for taking the time to be with us.

I want to cover two areas. One is the impact of your health research policy and expenditure, which you are to be very much commended on, and the other is the health industry that has emerged in Great Britain partly because Heathrow is a bit like the centre of the universe.

First, I will address the effect of your health research organization policy and expenditure. Investment in basic research is difficult to measure, and things that fall out through the bottom of the funnel will, on occasion, have enormous impact. In your investment in outcomes research, population health research, in cost containment research and so forth, you are probably the world leaders in this area. Are you getting measurable results from this now, for example, in the way you manage patients with prostate cancer, or are you not quite far enough down the road to use this information effectively? Could you address that?

Mr. Ham: The United Kingdom has a long tradition of health service research, outcomes research, going back to investments in randomized control trials, establishment of the Cochrane Centre, indeed Cochrane's work itself. I think you are right in making that observation. Over the last 10, 15, 20 years, we have been developing a strong health economic capacity in a number of different centres based in universities around the U.K. to bring the economic evaluation perspective much closer to the clinical outcome analysis. There is a network of researchers in different parts of the country now that is working very much on the agenda you have described. That has been very much facilitated by a national commitment, both Conservative and Labour, so that there is a cross-party commitment to putting funding into research and development in support of the National Health Service.

Researchers such as Mr. LeGrand and I have been beneficiaries of that. Therefore, we have to declare an interest and that we think it is a good thing. However, that research is not being translated

pour le compte du secteur privé ou sont plus nombreuses à travailler à leur propre compte, nous pourrions très bien être témoins de pressions à la hausse sur les coûts, et c'est l'un des arguments souvent invoqués contre l'idée. Je pense que les personnes qui siègent à la commission sont d'avis que la mesure aurait des avantages bénéfiques sur les autres options.

Le sénateur Morin: Le rapport de la commission a-t-il été publié? Est-il accessible?

M. LeGrand: La publication est prévue pour le 25 juin.

Le sénateur Morin: Nous serions heureux d'en recevoir un exemplaire.

M. LeGrand: Nous allons tenter de vous obliger.

Le sénateur Keon: Messieurs, je vous remercie beaucoup d'avoir pris le temps de nous rencontrer.

Je veux toucher à deux aspects. Le premier a trait à l'impact de votre politique de la recherche en santé et des dépenses qui y sont affectées, lesquelles sont on ne peut plus louables, et l'autre concerne l'industrie de la santé qui a vu le jour en Grande-Bretagne en partie parce que Heathrow est un peu comme le centre de l'univers.

D'abord, je vais dire un mot de l'effet de votre politique d'organisation de la recherche en santé et des dépenses qui y sont affectées. Il est difficile de mesurer l'investissement dans la recherche fondamentale, et les retombées ont parfois un impact énorme. En ce qui concerne l'investissement dans la recherche sur les résultats pour la santé, la recherche sur la santé de la population, la recherche sur la compression des coûts et ainsi de suite, vous venez probablement au premier rang mondial. Obtenez-vous aujourd'hui des résultats mesurables qui permettent, par exemple, d'évaluer la façon de traiter les patients atteints du cancer de la prostate, ou les travaux ne sont-ils pas assez avancés pour que vous puissiez utiliser l'information de façon efficace? Qui aimerait répondre?

M. Ham: Dans le domaine de la recherche sur les services de santé et les résultats pour la santé, le Royaume-Uni jouit d'une longue tradition, qui remonte aux investissements dans les études sur échantillons aléatoires et contrôlées, à l'établissement du centre Cochrane et même des travaux de M. Cochrane. Je pense que votre observation est fondée. Au cours des 10, 15 ou 20 dernières années, nous nous sommes dotés, dans un certain nombre de centres établis dans des universités du Royaume-Uni, d'une solide capacité au titre de l'économie sanitaire, laquelle nous a permis de beaucoup rapprocher la perspective de l'évaluation économique de celle de l'analyse des résultats cliniques. Dans l'ensemble du pays, il existe aujourd'hui un réseau de chercheurs qui travaillent avec acharnement au programme dont vous avez fait état. Leur tâche a été facilitée par un engagement national, respecté par les Conservateurs aussi bien que par les travaillistes, de sorte qu'il existe un consensus entre les parties relativement au financement des activités de recherche et de développement qui soutiennent le Service national de la santé.

Les chercheurs comme M. LeGrand et moi-même en avons bénéficié. Par conséquent, nous devons faire état de notre intérêt et affirmer qu'il s'agit, à notre avis, d'une tendance favorable.

into action as much as we would like at this stage. That is a one of the global challenges with which we are struggling. .

There is a lot that we now know about cost and outcomes. Getting clinicians to act on the evidence is a more difficult challenge and we are struggling with that as much as other countries.

Mr. LeGrand: It might be worth mentioning the National Institute for Clinical Excellence, NICE, in this context. Its terms of reference are to try to transmit some of this evidence to the service and, indeed, to have it implemented. One of the tasks of the Commission for Health Improvement is to check on whether the practitioners are actually using the guidelines that have been promulgated by NICE to try to promote good practice in this area.

Mr. Smee: The difference between now and five years ago is not so much the growth in the scale of our research or, indeed, of the subject matter, although that is changing, but that we now have institutional mechanisms, as Mr. Ham and Mr. LeGrand indicated, for using that research to impact directly on policies.

The National Institute of Clinical Excellence is one example and that is meant to set the standards that the Commission for Health Improvement monitors and raises questions about. We have a series of initiatives, called National Service Frameworks, covering the basic major disease areas. These initiatives set standards of care linked to objectives for improving clinical health outcomes 10 years or so in the future.

For example, a National Service Framework for coronary heart disease starts from objectives about reducing mortality rates from coronary heart disease by 2010. In a sense, it works back from that date: What do we have to do to improve the quality and availability of care, and what scale of coronary artery bypass grafting should we be contemplating or moving towards? In that way, we can provide world class quality of care for patients with coronary problems in order to hit these improved targets for health outcomes.

That whole program is meant to be evidence-based. Therefore, it drew heavily on research and on drawing together the areas from research programs, because, of course, we identified a whole series of new issues on which we would need more research to ensure the success of these programs. I understand that is the big change.

We now have these institutional, policy-related, central-to-policy mechanisms that tie in the research in a much closer way than ever before. It was rather like spreading bread on water: you never knew what would sink and what would float. Now, we are making sure that the bread is focused much more — I think my metaphor will fail here — on the boats or certainly something that will float.

Pour le moment, cependant, cette recherche ne se traduit pas en mesures concrètes autant que nous le souhaiterions. C'est l'un des défis généraux auxquels nous sommes confrontés.

Nous savons beaucoup de choses au sujet des coûts et des résultats. Il est beaucoup plus difficile d'obtenir que les cliniciens donnent suite aux données, et c'est une difficulté à laquelle nous nous butons tout autant que les autres pays.

M. LeGrand: Dans ce contexte, il convient peut-être de faire état du National Institute for Clinical Excellence (NICE). L'institut a pour mandat de transmettre une partie de ces données au Service national de la santé et, en fait, de veiller à ce qu'elles soient mises en oeuvre. L'une des tâches de la Commission for Health Improvement consiste à vérifier si les praticiens utilisent les lignes directrices qui ont été promulguées par l'institut pour tenter de faire la promotion des pratiques exemplaires dans ce domaine.

M. Smee: La différence entre aujourd'hui et il y a cinq ans tient non pas tant à l'augmentation de l'étendue de nos recherches ni même des sujets de recherche, même si des changements sont en cours, mais bien plutôt au fait que nous disposons désormais de mécanismes institutionnels, comme MM. Ham et LeGrand l'ont indiqué, qui nous permettent d'utiliser les recherches pour produire un effet direct sur les politiques.

Le National Institute of Clinical Excellence en est un exemple. Il a en effet pour mandat d'établir des normes que la Commission pour l'amélioration de la santé contrôle et à propos desquelles elle soulève des questions. Nous avons adopté une série d'initiatives appelées National Service Frameworks, qui portent sur les principales maladies. Ces initiatives tentent d'établir des normes de soins associées à des objectifs pour l'amélioration des résultats cliniques d'ici environ dix ans.

À titre d'exemple, le National Service Framework, mis sur pied pour les maladies coronariennes, est né d'objectifs visant à réduire les taux de mortalité imputables aux maladies coronariennes d'ici 2010. En un sens, on fonctionne à rebours: que devons-nous faire pour améliorer la qualité et la disponibilité des soins, et quelle échelle de greffe de pontage de l'artère coronarienne devrions-nous envisager ou vers laquelle nous devrions tendre. De cette façon, nous pouvons assurer des soins de classe mondiale à des patients atteints de problèmes coronariens afin d'atteindre les objectifs liés à l'amélioration des résultats sur la santé.

L'ensemble du programme doit reposer sur les résultats. Cependant, il s'inspire lourdement de la recherche et de la mise en commun des secteurs des programmes de recherche parce que, naturellement, nous avons défini toute une série de nouveaux problèmes à propos desquels nous devons effectuer davantage de recherches pour assurer la réussite des programmes. Je suis conscient du fait qu'il s'agit d'un changement majeur.

Nous disposons maintenant de mécanismes institutionnels, stratégiques et essentiels aux politiques qui unissent les recherches entre elles de façon beaucoup plus serrée. Auparavant, c'était un peu comme répandre du pain sur l'eau: on ne savait jamais quels morceaux allaient flotter ou couler. Maintenant, nous veillons à ce que le pain soit répandu — et je crains que la métaphore a échoué ici — sur des bateaux ou en tout cas quelque chose qui flotte.

Senator Keon: That was a clear answer.

Let me shift to something that has always fascinated me, which is the health care industry that has existed in Britain for some time. It is quite different from any other country in the world. America has a large private sector health care industry, which is sustained internally, by Americans, largely. The UK's health care industry has been sustained, to a large degree, by people outside Britain, particularly from the Middle East, Africa and parts of Europe that are not as well developed.

I have always wondered if the fact that you have been able to hold your expenditure on health down below 7 per cent of the GDP was in some way related to this. There is no question that some of your outstanding specialists and some of your outstanding specialty hospitals are sustained by this industry, in my opinion.

Mr. Ham: You have stumped us all with that one. It is not often that we are at a loss for words, as you can tell. There was a time when there was an influx, to answer one of your specific points, of patients from other countries to the U.K., particularly from the Middle East. That has really stopped over the last few years because countries like Saudi Arabia have built up their own infrastructure and expertise. They are treating more patients closer to home, rather than sending them to the U.K. I do not think that is a significant factor.

It is also fair to say that U.K. governments, over the history of the health service, have been reluctant to pay for National Health Service patients who go overseas for treatment. Although it is interesting for us, in the European context, that our much richer German neighbours, who have a well-funded and quite efficient health care system with surplus capacity, are now trying to market that surplus capacity to the U.K. to help us reduce our waiting times and achieve our targets. Within the European context there is more portability and perhaps a little more competition, but the government is not encouraging that. It is trying to deal with the problems of the U.K. within the U.K.

Mr. LeGrand: Some people believe that the private sector, in general, or the fact that National Health Service specialists can bolster their incomes in the private sector is an important part of keeping morale high — higher than it otherwise would be in the health service.

It is interesting — and I would be interested in my colleagues' reaction to this — that the government has actually proposed banning hospital specialists from practising privately for seven years after they are promoted to the specialist grade. This has aroused enormous hostility among junior doctors who have not yet been promoted. Even junior doctors are not likely to benefit greatly from this because not all specialties engage in private

Le sénateur Keon: La réponse était claire.

Permettez-moi maintenant de me tourner vers une autre question qui m'a toujours fasciné, soit l'industrie des soins de santé qui existe en Grande-Bretagne depuis un certain temps. Il s'agit d'une situation sans égale dans le reste du monde. Les États-Unis disposent d'une importante industrie privée des soins de santé, laquelle, pour une large part, est soutenue à l'interne par des Américains. L'industrie des soins de santé du Royaume-Uni a pour sa part été soutenue, dans une large mesure, par des non-Britanniques, en particulier des résidents du Moyen-Orient, d'Afrique et de régions d'Europe où l'infrastructure n'est pas aussi avancée.

Je me suis toujours demandé si le fait que vous ayez été en mesure de maintenir vos dépenses de santé sous la barre des 7 pour cent du PIB était d'une façon ou d'une autre lié à ce phénomène. Il ne fait aucun doute, à mon avis, que l'industrie soutient certains des spécialistes et des hôpitaux spécialisés remarquables dont vous disposez.

M. Ham: Vous nous avez bien eu avec cette question. Comme vous le constatez, il est rare que nous soyons à court de mots. Pour répondre à l'un des points précis que vous avez soulevés, le Royaume-Uni a connu un afflux de patients étrangers, venus en particulier du Moyen-Orient. Au cours des dernières années, le phénomène a pris fin parce que les pays comme l'Arabie Saoudite se sont dotés d'infrastructure et d'une expertise propres. On traite les patients plus près de chez eux, plutôt que de les envoyer au Royaume-Uni. Je ne crois pas qu'il s'agisse d'un facteur important.

Il est également juste d'affirmer que les gouvernements du Royaume-Uni se sont, tout au long de l'histoire du Service national de la santé, montrés réticents à l'idée d'assumer les frais de patients du Service national de la santé qui sont traités à l'étranger. Dans le contexte européen, il est intéressant de noter que nos voisins allemands, qui sont beaucoup plus riches et qui disposent d'un système de soins de santé adéquatement financé et relativement efficient doté d'une capacité excédentaire, s'efforcent maintenant de commercialiser cette capacité au Royaume-Uni pour nous aider à réduire nos délais d'attente et à réaliser nos objectifs. Dans le contexte européen, il y a plus de transférabilité et peut-être un peu plus de concurrence, mais le gouvernement ne l'encourage pas. Il tente de régler les problèmes du Royaume-Uni au Royaume-Uni.

M. Legrand: Certaines personnes croient que le secteur privé en général, ou le fait que les spécialistes du Service national de la santé peuvent arrondir leur revenu dans le secteur privé, constitue un facteur important qui contribue au maintien d'un moral élevé — plus élevé qu'il le serait sinon au sein du Service national de la santé.

Il est intéressant de constater — j'aimerais entendre la réaction de mes collègues à ce sujet — que le gouvernement a en fait proposé d'interdire aux spécialistes qui travaillent en milieu hospitalier d'exercer dans le privé pour une période de sept années suivant l'obtention du titre de spécialiste. La proposition a suscité énormément d'hostilité parmi les rangs des jeunes médecins qui n'ont pas encore bénéficié d'un tel avancement. Même les jeunes

practice. I must say that I have been surprised at the degree of hostility that it has promoted. It does seem to relate to this more fundamental point that, if you run a system that is essentially salaried, where the top consultants are salaried, having a private system alongside is a sort of safety valve or device for keeping morale up and keeping the specialists happy, which the purely public system would not.

Mr. Smee: If you are interested, senator, we could try to provide facts on what proportion of private health care expenditure derives from foreign visitors to this country. I agree entirely with Professor Ham that the proportion is small. It was larger, but it has been declining, as Mr. Ham implied, for some years.

If it is of interest, I would be surprised if it were more than 10 per cent, or in that order. It may be more important in one or two specialized hospitals that have worldwide reputations for cancer care or for children's services. However, across the health care system as a whole, it is a tiny factor.

When the senator mentioned that we had a successful health care industry, I thought that he would refer to our pharmaceutical industry. That is what we normally refer to as our "Health Care Industry."

The Chairman: I thought I heard Professor Ham make an observation a minute ago about waiting line targets. Do you have, Sweden for example, explicit waiting line targets?

Mr. Ham: Yes, we do.

The Chairman: Are there targets for different procedures? What is the penalty to the institutions for failing to meet the targets? Alternatively, what other options for the patient open up if the targets are not met, or is it essentially a no-penalty system?

Mr. Ham: At this point, we scrub lunch and set aside more time — to answer your simple question which has an amazingly complex answer. Shall I give you the headlines?

The Chairman: We are politicians, so we are quite happy to just read the headlines.

Mr. Ham: We have moved recently from targets expressed as a reduction in waiting list numbers. That was the target which the Blair government set in 1997. The last four years have been spent demonstrating that government can deliver — and can deliver a reduction in the numbers on waiting lists. That was a target to reduce the numbers by 100,000. You must understand that the overall number on the waiting list at any one time is over 1 million, so it was slightly less than a 10 per cent reduction of the number of people on waiting lists. That has been achieved and the government has now put its hand up and said, "We have made a

médecins sont peu susceptibles de bénéficier de la mesure parce que le secteur privé n'est pas présent dans toutes les spécialités. Je dois dire que j'ai été surpris par l'ampleur de l'hostilité provoquée par la mesure. J'ai l'impression que cette question nous ramène à un point plus fondamental selon lequel le maintien d'un régime privé en parallèle à un régime essentiellement axé sur le salariat, où les principaux médecins-conseils sont salariés, constitue une sorte de soupape ou de dispositif de sécurité qui permet de maintenir le moral et de faire en sorte que les spécialistes demeurent heureux, ce que le régime public au sens strict ne permettrait pas de faire.

M. Smee: Si cela vous intéresse, sénateur, nous pourrions vous fournir des faits sur la proportion des dépenses liées aux soins de santé privés attribuables à des visiteurs étrangers au pays. Je suis tout à fait d'accord avec le professeur Ham pour dire que cette proportion est limitée. Elle a été importante, mais elle diminue depuis un certain nombre d'années, comme M. Ham l'a laissé entendre.

Si cela vous intéresse, je serais pour ma part surpris que cette proportion soit supérieure à 10 p. 100 ou environ. Elle pourra être plus importante dans un ou deux hôpitaux spécialisés qui jouissent d'une réputation mondiale dans le domaine du traitement du cancer ou des services aux enfants. Dans l'ensemble du réseau médico-hospitalier, il s'agit cependant d'un infime facteur.

Lorsque le sénateur a fait allusion au fait que nous sommes dotés d'une industrie des soins de santé prospères, je pensais qu'il faisait référence à notre industrie pharmaceutique. C'est ce que nous entendons normalement par «industrie des soins de santé».

Le président: J'ai cru entendre M. Ham faire une observation il y a un instant à propos d'objectifs liés aux listes d'attente. Vous êtes-vous, à l'instar de la Suède, par exemple, fixé des objectifs explicites en ce qui concerne les listes d'attente?

M. Ham: Oui.

Le président: Y a-t-il des objectifs différents pour des procédures différentes? À quelles sanctions s'exposent les établissements qui ne les atteignent pas? Sinon, quelles sont les autres options qui s'offrent aux patients dans le cas de non-respect des objectifs? S'agit-il essentiellement d'un système sans pénalité?

M. Ham: Pour répondre à votre simple question, qui commande une réponse étonnamment complexe, nous allons devoir renoncer au dîner et réserver plus de temps. Vous permettez que je vous donne les grandes lignes?

Le président: À titre de politiciens, nous nous contenterons volontiers des grandes lignes.

M. Ham: Récemment, nous avons renoncé aux objectifs exprimés du point de vue de la réduction du nombre de personnes figurant sur les listes d'attente. C'était l'objectif que le gouvernement Blair s'était fixé en 1997. Les quatre dernières années ont montré que le gouvernement était en mesure de livrer la marchandise — et d'arriver à une réduction du nombre de personnes dont le nom figure sur les listes d'attente. Le gouvernement s'était donné pour objectif de réduire de 100 000 le nombre de personnes en attente. Il faut comprendre que le nombre global de patients dont le nom figure sur une liste d'attente a, à

mistake, we should not have set the target as a waiting list reduction, it should be a waiting time reduction." That is what we are now focusing on.

There are targets for the maximum — and that is how it is established — such as the maximum time to wait for an inpatient elective procedure, the maximum time to wait for an outpatient specialist consultation, and yes, there is discrimination depending on the procedure involved. Much more challenging targets have been set in relation to some forms of cancer treatment, which is seen as a high priority, to get quick diagnosis for cancer or potential cancers than for other treatments.

Targets have also been set in the NHS plan for maximum waiting times to see a general practitioner in primary care. The target there is that no patient should have to wait longer than 48 hours to see a general practitioner. Some currently wait a lot less than that, some wait a lot longer, but that is the target for the health service as a whole.

The Chairman: Let us suppose the target for something is three weeks. If at the end of three weeks a patient has not received service, do I then have the right to go somewhere else and the NHS or someone will pay for it? Or is it, "That is too bad, we tried to help you within the time limit, but we cannot?" I am trying to understand where the penalties are in the system.

Mr. Ham: I have to say that three weeks would be a very short waiting time for most of our patients.

The Chairman: I understand that. Let us make it three months.

Mr. Ham: Within our system at the moment, patients have very few rights in those circumstances. The only right that is now being established is if a patient has a date for an operation and that operation is cancelled on the day of the operation, then it has to be rearranged within 28 days or the patient can go anywhere at the expense of the hospital or the health authority.

The Chairman: I would like to return to the three-month topic. I am trying to understand how to induce behavioural change in the health care systems of every country if there are not either clear rewards or clear penalties, or both, for failing to meet targets.

Mr. Ham: The incentives are not so much on the patient side, they are on the hospital side. If a hospital does not hit its targets, it will be penalized by those up the management line by budget reductions, or no budget additions. That is the sort of discipline that is built into the system.

une certaine époque, été de plus de un million. Il s'agissait donc d'une diminution de moins de 10 p. 100 du nombre de ces personnes. On a atteint l'objectif, et le gouvernement a maintenant baissé les bras en déclarant: «Nous avons commis une erreur. Nous n'aurions pas dû exprimer l'objectif en fonction d'une réduction du nombre de personnes dont le nom figure sur des listes d'attente. Nous aurions dû plutôt nous donner pour tâche de réduire les délais d'attente». C'est la tâche sur laquelle nous nous concentrons aujourd'hui.

Les objectifs ont été fixés pour le délai d'attente maximum — et c'est ainsi qu'on procède — par exemple le délai d'attente pour une procédure non urgente à l'hôpital, le délai d'attente maximum pour la consultation d'un spécialiste par un malade externe, et il y a effectivement de la discrimination selon la procédure concernée. Les défis les plus difficiles ont été fixés en rapport avec certaines formes de traitement du cancer, ce qui est considéré comme une priorité, soit le diagnostic rapide des cancers ou des cancers possibles.

Dans le régime du SNS, on a également fixé des délais d'attente maximaux pour la prestation de services primaires par généraliste. Selon cet objectif, nul ne devrait attendre plus de 48 heures pour voir un généraliste. À l'heure actuelle, certains attendent bien moins longtemps, d'autres attendent bien plus longtemps, mais c'est l'objectif qu'on a fixé pour le service de soins de santé dans son ensemble.

Le président: Imaginons que l'objectif fixé pour tel ou tel traitement soit de trois semaines. Si, à la fin de la période de trois semaines, le patient n'a toujours pas reçu le service en question, a-t-il le droit de s'adresser ailleurs et d'obtenir que le SNS ou un autre organisme en assume les frais? Se contente-t-on plutôt de dire: «Dommage que nous n'ayons pu vous aider dans le délai prescrit, mais que voulez-vous?» J'essaie de comprendre à quel endroit les pénalités interviennent dans le système.

M. Ham: Je dois dire que trois semaines seraient un délai d'attente très court pour la plupart de nos patients.

Le président: Je comprends. Disons que l'objectif est de trois mois.

M. Ham: Dans le système tel qu'il existe actuellement, les patients ont, dans de tels cas, des droits très limités. Le seul droit qui existe aujourd'hui est le suivant: si un patient doit être opéré à une date donnée, et que l'intervention est annulée le jour même, on doit fixer une nouvelle date dans un délai de 28 jours, faut de quoi le patient peut se faire opérer ailleurs aux frais de l'hôpital ou de l'autorité de la santé.

Le président: J'aimerais revenir à la question des trois mois. J'essaie de comprendre comment, en l'absence de récompenses ou de pénalités claires, ou les deux, en cas de non-respect des objectifs, on pourra susciter un changement de comportement dans les systèmes de soins de santé de tous les pays.

M. Ham: Les incitatifs sont orientés non pas vers le patient, mais bien plutôt vers l'hôpital. S'il ne répond pas aux objectifs qui lui ont été fixés, un hôpital sera pénalisé, par les gestionnaires hiérarchiques, au moyen de réductions budgétaires ou de l'absence d'augmentation budgétaire. C'est le genre de mesures disciplinaires inhérentes au système.

Mr. LeGrand: I sat on a hospital board and it was very interesting watching the reactions of the hospital getting the targets set and also during the year when it looked as though we would not meet those targets. Anxiety levels rose dramatically, particularly those of the chief executive. The implication was that the chief executive or the chair of the hospital board might well lose their jobs if they systematically and consistently failed to meet their waiting list targets. I suspect that failing to meet them once would not result in that, but if there was a consistent pattern of failing to meet the targets, it would be regarded as a serious management failure and the jobs of some of the key people involved would be on the line.

Senator Pépin: I would like to discuss the problem of nurse shortages. In Canada we have a shortage of nurses and we heard that other countries, such as Germany, are facing the same difficulty. I was wondering if you have a shortage of nurses and what is the cause? We know that here nurses are overworked and are suffering from burnout. Also, the work environment is deteriorating. I wonder if you are facing the same difficulty?

It was mentioned earlier that nurses may be going to work in the private sector and you control the salaries of doctors and nurses. So if they switch to the private sector, will they have an increase of salary and will the work environment be better? What is the situation and how do you see it?

Mr. Smee: We do have a shortage of nurses, particularly given the ambition of the NHS plan. We have a very large potential shortage for several reasons. As was the case with some other countries, in the 1990s, we reduced the training of nurses. There were two reasons. One was that numbers of hospital beds were falling rapidly, lengths of stay for acute care were falling and people tended to assume that those trends would continue and concluded that we would need fewer nurses. Another factor was that with the internal market, the planning of nurse training was decentralized and everybody tended to look at his or her own particular patch and forget what was going on in the wider field. In a sense, the Department of Health moved out of nurse planning, did not keep its eye on the ball, and the ball, in a sense, got away. For those two reasons at least, the numbers in training fell quite sharply and we saw some fall in the number of nurses in the total health care system.

We are now expecting to increase services very rapidly and a key constraint is the number of nurses, along with the number of doctors. The first thing the government is doing is recruiting more nurses from other countries, wherever it can find them.

M. LeGrand: J'ai siégé au conseil d'administration d'un hôpital, et il était très intéressant d'observer les réactions de l'hôpital au moment de l'établissement des objectifs et également durant l'année, lorsqu'il est apparu clairement que nous n'allions pas pouvoir respecter les objectifs en question. Les niveaux d'anxiété ont augmenté de façon spectaculaire, en particulier celui du directeur général. On avait laissé entendre que le directeur général ou le président du conseil d'administration allaient perdre leur poste s'ils étaient systématiquement et constamment incapables de répondre aux objectifs touchant les listes d'attente. J'ai l'impression qu'un seul échec n'aurait pas eu une telle conséquence, mais une incapacité soutenue de répondre à ces objectifs aurait été considérée comme un échec grave pour la direction, si bien que les emplois de certains des cadres principaux auraient été remis en question.

Le sénateur Pépin: J'aimerais aborder la question de la pénurie d'infirmières. Au Canada, nous connaissons une pénurie d'infirmières, et on nous a dit que d'autres pays, par exemple l'Allemagne, étaient confrontés à la même difficulté. Je me demandais si vous connaissez vous aussi une pénurie d'infirmières? Le cas échéant, j'aimerais en connaître la cause? Nous savons que nos infirmières sont surmenées et souffrent d'épuisement professionnel. De même, leur milieu de travail se détériore. Faites-vous face aux mêmes difficultés?

Plus tôt, on a mentionné que les infirmières devaient travailler pour le compte du secteur privé, et vous contrôlez les salaires des médecins et des infirmières. Si elles passent au secteur privé, bénéficieront-elles d'une augmentation salariale? Leurs conditions de travail seront-elles meilleures? Quelle est la situation chez vous? Quelle est la perception que vous en avez?

M. Smee: Nous faisons face à une pénurie d'infirmières, en particulier dans le contexte de l'ambitieux plan du SNS. Quelques raisons expliquent la pénurie potentiellement très grave à laquelle nous faisons face. Comme dans certains autres pays, nous avons, dans les années 90, réduit la formation des infirmières. Il y avait à cela deux raisons. La première, c'est que le nombre de lits d'hôpitaux diminuait rapidement et que la durée des séjours à l'hôpital pour des soins actifs était à la baisse. Tenant pour acquis que ces tendances allaient se poursuivre, on en est venu à la conclusion que nous avions besoin d'un moins grand nombre d'infirmières. Un autre facteur tient au fait que, aux fins du marché interne, la planification de la formation des infirmières a été décentralisée. Chacun a donc eu tendance à s'en tenir à son propre secteur et à oublier qu'il y avait aussi un champ plus vaste. En un sens, le ministère de la Santé s'est retiré de la planification des effectifs d'infirmières et a perdu la balle de vue. En un sens, la balle a quitté le terrain. Pour ces deux raisons tout au moins, le nombre d'infirmières formées a diminué de façon très radicale, et nous sommes aujourd'hui témoins d'une certaine diminution du nombre d'infirmières dans l'ensemble du système de soins de santé.

On s'attend désormais à ce que nous augmentions les services offerts très rapidement, et le nombre d'infirmières, de concert avec le nombre de médecins, représente un obstacle clé. La première mesure que le gouvernement a prise a été de recruter plus d'infirmières dans d'autres pays, où qu'elles se trouvent.

Second, the government is increasing the number of training courses and providing various incentives to encourage more young people to go into those courses.

Third, the government is making nursing more attractive to the large number of ex-nurses who have left the profession for one reason or another or who may be interested in moving from part-time to full-time work. The issue is not just salaries and pay, although that is one part; there are also the issues of working conditions, flexibility of hours and those things.

We are trying to work on all these fronts at the same time. These shortages of nurses and doctors are seen as the critical constraints on the government's ambitions for the NHS. How do we push the numbers up rapidly along with the right skills?

Senator Pépin: It seems governments everywhere ask the same question. I have a question on a different subject, and that is palliative care.

Do your medical students and nurses receive special training for palliative care? Are palliative services offered in special hospitals or at home? How is it working?

Mr. Ham: I do not know what the training is for palliative care. In our system, hospices play a big role in palliative and end-of-life care. Hospices here are not usually a formal part of the health service. They are usually run by voluntary, community, not-for-profit organizations, although much of their funding may come from the National Health Service. The trend at the moment is a shift away from institutional hospice care into home care and to support people who wish to live out their final days comfortably in the home and in the family environment.

Mr. LeGrand: There are also some experiments called "hospital at home" where a large part of treatment, not just terminal care, is taking place. Other forms of care, including post-operative care, can be undertaken in the home rather than in the hospital.

These experiments have been evaluated and I understand they are very popular with patients, not surprisingly. They are not very popular with families, perhaps not surprisingly. These programs cost a lot of money, but, on the whole, they are regarded as successful.

Senator Pépin: We are facing a similar difficulty. Our Senate studied palliative care and found that more and more people want to have those services at home. We found that the level of service and medication available differs depending on the region where a patient lives. We also discovered that only three universities provide training in palliative care to doctors. That is why I was wondering if you are facing the same problem.

Deuxièmement, le gouvernement augmente le nombre de cours de formation et accorde divers incitatifs pour encourager un plus grand nombre de jeunes à s'y inscrire.

Troisièmement, le gouvernement s'efforce de rendre la profession d'infirmière plus attrayante aux yeux du grand nombre d'ex-infirmières qui ont quitté la profession pour une raison ou pour une autre et qui pourraient se montrer intéressées par l'idée de passer du travail à temps partiel au travail à temps plein. La question ne tient pas qu'au salaire et à la rémunération, même s'il s'agit d'un élément. Il y a également des problèmes liés aux conditions de travail, à la souplesse des horaires.

Nous nous efforçons de travailler sur tous les fronts en même temps. Ces pénuries de médecins et d'infirmières sont considérées comme des facteurs critiques qui freinent les ambitions du gouvernement pour le SNS. Comment pouvons-nous augmenter rapidement les effectifs tout en veillant à ce que les infirmières possèdent les compétences qui s'imposent?

Le sénateur Pépin: On a l'impression que tous les gouvernements se posent la même question. J'aimerais maintenant poser une question sur un sujet différent, à savoir les soins palliatifs.

Vos étudiants en médecine et vos infirmières reçoivent-ils une formation spéciale portant sur les soins palliatifs? Offre-t-on des services palliatifs dans des hôpitaux spécialisés ou à domicile? Comment le système fonctionne-t-il?

M. Ham: Je ne suis pas au courant de la formation offerte dans le domaine des soins palliatifs. Dans notre système, les hospices jouent un rôle important dans le domaine des soins palliatifs et des soins dispensés aux personnes en fin de vie. Ici, les hospices, en général, ne font pas officiellement partie du Service national de santé. Habituellement, ils sont exploités par des organismes bénévoles communautaires sans but lucratif, même si le Service national de la santé leur fournit une bonne part de leur financement. À l'heure actuelle, on renonce aux soins en établissement au profit des soins à domicile et du soutien des personnes qui souhaitent finir leur vie confortablement à la maison et dans leur environnement familial.

M. LeGrand: On vante également certaines expériences appelées l'«hôpital à la maison», où sont offerts une bonne part des traitements, pas seulement les soins terminaux. On peut offrir à la maison plutôt qu'à l'hôpital d'autres formes de soins, y compris les soins postopératoires.

On a évalué ces expériences, et je crois comprendre qu'elles sont très populaires auprès des patients, ce qui n'a rien d'étonnant. Elles sont aussi populaires auprès des familles, ce qui n'est peut-être pas étonnant non plus. Ces programmes coûtent cher, mais, au total, on les considère comme une réussite.

Le sénateur Pépin: Nous faisons face à une difficulté analogue. Notre Sénat a étudié les soins palliatifs et constaté que de plus en plus de personnes souhaitent obtenir ces services à la maison. Nous avons remarqué que le niveau de service et de médicaments offerts varie selon la région du pays où vivent les patients. Nous avons également découvert que seulement trois universités assurent au médecin une formation dans le domaine

Mr. Ham: The medication issue is different between our two systems because the cost of pharmaceuticals comes within our benefits package.

Mr. Smee: The issue of palliative care was raised by a French team visiting Britain about a year ago. I remember being surprised at how much material we had available in the department about which I knew nothing. May I suggest that we send you some material on our policies in this area?

The Chairman: Yes, thank you.

To return to the waiting line problem, you indicated a couple of times that the shortages of nurses and doctors is a big constraint on the system. You also seemed to indicate that it is possible, by setting maximum waiting line times and by putting pressure on institutional administrators, to shorten waiting lines successfully. That success suggests to me that, even though you clearly want more physicians and nurses, there are possible efficiency changes in the way institutions are run that can shorten waiting lines, even if the shortages of nurses and doctors continue. Is that right?

Mr. Smee: That is absolutely right.

Mr. LeGrand: It is certainly possible to have short-term improvements; indeed, that is what happened. To try to meet our waiting list targets on the hospital board, we contracted out a number of operations to the private sector. Our consultants came in on Saturdays and Sundays to reduce the list. We tried to recruit nurses from everywhere, even from South Africa against the wishes of Nelson Mandela.

Generally, there was an elaborate short-term operation to meet the targets. I am more pessimistic about our success in the long term. Many of the arrangements did not seem to be sustainable in the longer term.

Mr. Ham: One of my Birmingham colleagues, John Yates, is a researcher who has been working on waiting lists for longer than he cares to admit or remember. He has about six things that really matter in terms of improving performance in relation to waiting lists. The first is to validate the waiting list at regular intervals. In the U.K., about 20 per cent of patients on any waiting list no longer require the appointment or the operation because they had the procedure done elsewhere or for some other reason. That is an immediate 20 per cent improvement. Perhaps that could be one of your recommendations and you could become popular with that one.

Second, he suggests continuing the push to have elective operations done as day cases where appropriate. Our rates are now

des soins palliatifs. C'est pourquoi je me demandais si vous faisiez face au même problème.

M. Ham: La question des médicaments ne se pose pas de la même façon dans nos deux pays parce que, chez nous, le coût des produits pharmaceutiques fait partie de l'ensemble des avantages offerts.

M. Smee: Une équipe française qui a visité la Grande-Bretagne il y a un an a soulevé la question des soins palliatifs. Je me souviens d'avoir été surpris par la quantité de documents inconnus de moi que possédait le ministère à ce sujet. Souhaiteriez-vous que nous vous fassions parvenir certains documents sur nos politiques à ce sujet?

Le président: Oui, je vous remercie.

Pour en revenir au problème des listes d'attente, vous avez déclaré à deux ou trois reprises que les pénuries de médecins et d'infirmières constituent une importante contrainte dans le système. Vous avez également semblé laisser entendre qu'il est possible, au moyen de l'établissement de délais d'attente maximaux et de l'exercice de pressions sur les administrateurs d'établissements, de raccourcir les listes d'attente. Cette situation me laisse croire, même s'il est évident que vous avez besoin de plus de médecins et d'infirmières, qu'il est possible de modifier l'administration des établissements pour favoriser l'efficacité et raccourcir les délais d'attente, même si les pénuries de médecins et d'infirmières se poursuivent. Ai-je raison?

M. Smee: Absolument.

M. LeGrand: Il est certes possible d'apporter des améliorations à court terme. En fait, c'est ce qui s'est produit. Pour tenter de respecter ces objectifs liés aux listes d'attente, le conseil d'établissement de l'hôpital où je siégeais a cédé un certain nombre d'interventions au secteur privé. Nos médecins-conseils ont travaillé les samedis et les dimanches pour réduire la liste. Nous avons tenté de recruter des infirmières un peu partout, même en Afrique du Sud, malgré les objections de Nelson Mandela.

De façon générale, on a élaboré un mécanisme à court terme pour répondre aux objectifs. Je suis plus pessimiste en ce qui concerne nos chances de réussite à long terme. Bon nombre des dispositions prises ont semblé ne pas résister à l'épreuve du temps.

M. Ham: Un de mes collègues de Birmingham, John Yates, effectue des recherches sur les listes d'attente depuis fort longtemps. Selon lui, il existe six éléments vraiment importants pour l'amélioration du rendement en ce qui touche les listes d'attente. Le premier consiste à vérifier les listes d'attente à intervalles réguliers. Au Royaume-Uni, environ 20 p. 100 des patients dont le nom figure sur l'une ou l'autre des listes d'attente n'ont plus besoin du rendez-vous ou de l'intervention parce qu'ils se sont adressés ailleurs ou pour d'autres raisons. On a ici affaire à une amélioration immédiate de 20 p. 100. Peut-être pourriez-vous en faire une de vos recommandations, ce qui contribuerait à votre popularité.

Deuxièmement, il laisse entendre que les mesures prises pour faire en sorte que les interventions non urgentes fassent l'objet

up to about 60 per cent to 70 per cent. There is no reason why it cannot go even higher than that.

Third, we will look at variations in surgical productivity. In any surgical speciality, big differences exist between surgeons in how many operations of a certain kind they are able to do with the time and resources available to them. We now have evidence on this.

When I was in Vancouver, I picked up a fascinating research study done by Charles Wright at Vancouver General Hospital, which examined patient satisfaction with elective surgery. As I recall the findings, cataract operations made up two-thirds of the overall operations in his study. Over one-quarter of the patients who had cataract surgery in Vancouver felt their sight was worse after the operation than before, so apart from considering productivity, we must ask the more fundamental questions as to whether these things are necessary in the first place. It is an effectiveness issue, not just an efficiency issue.

Senator Robertson: I am impressed with what you have said so far about the improvements you have made to primary care. Should you have any other literature on that, it would be helpful for the committee to have it.

May I ask you a direct question? Could each of you tell us what you perceive to be the largest, most worrisome problem that you have with your system? Could you advise us of the most successful improvements or change that you have had in your system?

Mr. LeGrand: The biggest problem — and I can see no easy of solving it in the short-term — is the sheer size of the organization.

We are trying to run, what some people argue is the largest organization in Western Europe, largely through a centrally-managed targeted system that relies on performance targets and managerial incentives. It may just be possible that we will succeed. With many of the improvements that we have just been talking about being put in place, it may work. However, as the economist said the other day, if targets and managerial incentives were the way to run a large organization the Soviet Union would now be the most efficient society in the world. This is a major issue that we have not yet succeeded in cracking. We may, but that is the problem that will confront us over the next few years.

What is the most successful innovation? I was a great supporter of the GP fund holding scheme, which is the idea that primary care practitioners hold a budget very close to secondary care. The successes of the GP fund holding scheme is the primary care group that is currently being implemented. It has its strengths and weaknesses, but I certainly would think that is the thing that I

d'une chirurgie d'un jour au besoin sont appropriées. À l'heure actuelle, les taux s'élèvent à environ 60 à 70 p. 100. Rien n'empêche qu'ils augmentent encore.

Troisièmement, nous allons nous intéresser aux fluctuations de la productivité des chirurgiens. Dans une spécialité donnée, on note des écarts importants entre chirurgiens du point de vue du nombre d'interventions de tel ou tel genre qu'ils sont en mesure de réaliser, compte tenu des ressources et du temps mis à leur disposition. Nous disposons désormais de données à ce sujet.

Lorsque j'étais à Vancouver, j'ai mis la main sur une étude fascinante réalisée par Charles Wright à l'hôpital général de Vancouver, laquelle portait sur la satisfaction des patients à l'égard des interventions chirurgicales non urgentes. Si je me rappelle bien les résultats de l'étude, les chirurgiens de la cataracte comptaient pour les deux tiers des interventions étudiées. Plus du quart des patients qui avaient subi une chirurgie de la cataracte à Vancouver avaient le sentiment que leur vue était moins bonne après l'intervention qu'avant. Mis à part le problème de la productivité, nous devons nous poser des questions plus fondamentales, d'abord et avant tout sur la nécessité de ce genre d'interventions. Il s'agit d'une question non pas uniquement d'efficacité, mais aussi d'efficacé.

Le sénateur Robertson: Je suis impressionnée par ce que vous avez dit jusqu'ici au sujet des améliorations que vous avez apportées aux soins primaires. Les documents que vous pourriez avoir à ce sujet rendraient un fier service au comité.

Puis-je vous poser une question directe? Pourriez-vous, à tour de rôle, nous dire ce qui, à votre avis, constitue le problème le plus important et le plus préoccupant auquel votre système soit confronté? Pourriez-vous, de la même façon, nous faire part des améliorations et des modifications les plus efficaces qui ont été apportées à votre système?

M. LeGrand: Le principal problème — et je ne vois pas de solution facile à court terme — tient à la simple taille de l'organisation.

Nous nous efforçons d'administrer ce que certains considèrent comme la plus importante organisation d'Europe occidentale, à l'aide principalement d'un système administré et ciblé de façon centrale qui dépend d'objectifs de rendement et d'incitatifs de gestion. Nous allons peut-être réussir. Compte tenu des nombreuses améliorations imminentes dont nous avons fait état, nous allons peut-être parvenir à nos fins. Si, comme l'économiste l'a dit l'autre jour, les objectifs et les incitatifs de gestion étaient la bonne façon d'administrer une grande organisation, l'Union soviétique serait aujourd'hui la société la plus efficiente du monde. C'est là un problème majeur que nous n'avons pas encore réussi à régler. Nous y arriverons peut-être un jour, mais c'est le problème auquel nous serons confrontés au cours des prochaines années.

Quelle est l'innovation la plus efficace? J'ai pour ma part été un fervent partisan du régime des fonds retenus pour des généralistes, idée suivant laquelle les praticiens qui assurent des soins primaires détiennent un budget épousant de près celui des soins secondaires. La réussite du régime tient au groupe de soins primaires en voie de mise en oeuvre. Il a ses points forts et ses points faibles, mais il

would regard as the greatest potential for trying to improve the system over the next few years.

Mr. Ham: Our biggest problem is in relation to the health service workforce. Health care is a people business. We serve people through people. If we do not have a sufficient number of well-trained doctors, nurses, porters, receptionists and clerks who feel valued, who feel motivated, who feel supported, who feel they have the resources needed to do the job they trained for, then patients will not get the quality of service that we expect and there will be declining public confidence and patient experience in the health care system. My point really is, we neglect our staff and our workforce at our peril. If we get that right, then many other things will follow. If we get it wrong, we will always be playing catch-up.

The best example of things we are doing in the U.K. is the much stronger emphasis on trying to do things differently, not just investing and doing more of the same. There is work being led by the new modernization agency for the health service, using support and advice from Don Berwick of the Institute for Healthcare Improvement in Boston. We are using some of the breakthrough techniques in working with doctors, nurses and clinical teams, helping them to redesign how care is delivered to patients. In the early work that is being carried out involving cancer services, trying to tackle problems of waiting lists and moving more towards booked hospital appointments, pioneers in the health service are achieving some impressive results. Doing things differently, for us, must be as much part of the equation as doing more of the same. The question mark I would add there is that it is all very well to do that early on with the pioneers, with additional money, but can you sustain that change over time and can you spread it to people who may not be as naturally enthusiastic to redesign and re-examine their care.

Mr. Smee: I would very much agree with Mr. Ham's statement that the health service workforce is probably the key constraint. If you would like a third key problem, I would say it is a tendency to set too many targets and objectives to be achieved at once, which is a joint product of pressure from the public, very high expectations and a willingness of political masters to meet those pressures. That would be very much second to the health service workforce issue that Mr. Ham has mentioned.

In terms of biggest improvements I would address a small one, but I think it actually suggests that in the National Health System you can move rapidly in an area that is probably quite important if you get things right. That is the launching and the universalism of the NHS Direct, which is the telephone nurse help line that is now available for everyone, 24 hours a day, in the whole of England, but which is not yet in all the adjacent countries. This system is

est certain que j'y vois l'élément le plus susceptible de se traduire par des améliorations du système au cours des prochaines années.

M. Ham: Notre principal problème a trait à l'effectif des soins de santé. Les soins de santé sont une entreprise centrée sur les ressources humaines. Nous assurons les services à des personnes en faisant appel à des personnes. Faute d'un nombre suffisant de médecins, d'infirmières, de porteurs, de réceptionnistes et de commis bien formés qui se sentent valorisés, motivés et soutenus et qui ont le sentiment de disposer des ressources nécessaires pour effectuer le travail pour lequel ils ont été formés, les patients n'obtiendront pas les services de qualité auxquels ils s'attendent, et on assistera à un déclin de la confiance du public et de la qualité de l'expérience des patients dans le système de soins de santé. Ce que je veux dire, c'est qu'il est périlleux de négliger nos employés et notre effectif. Si nous réussissons à ce chapitre, bon nombre d'autres améliorations suivront. Si nous échouons, nous serons sans cesse en train de faire du rattrapage.

La meilleure illustration de ce que nous faisons au Royaume-Uni tient à l'accent beaucoup plus grand mis sur les façons différentes de faire, et non simplement sur l'investissement dans les mêmes vieilles recettes. Le nouvel organisme chargé de la modernisation du service de santé dirige des travaux en ce sens à l'aide du soutien et des conseils de Don Berwick de l'Institute for Healthcare Improvement de Boston. Dans nos rapports avec les médecins, les infirmières et les équipes cliniques, nous faisons appel à certaines techniques de pointe pour contribuer au remaniement de la prestation des soins aux patients. Dans les travaux préliminaires, consacrés au service de cancérologie, aux mesures prises pour faire face aux problèmes des listes d'attente et de la transition vers des rendez-vous à l'hôpital fixés à l'avance, les pionniers du service de santé obtiennent certains résultats des plus impressionnants. Pour nous, agir de façon différente doit faire partie de l'équation tout autant que la modification de ce que nous faisons déjà. Le bémol que j'ajouterai est le suivant. On aura beau utiliser des fonds additionnels pour travailler avec des pionniers, pourra-t-on soutenir le changement au fil du temps et convaincre de sa pertinence des personnes qui ne sont peut-être pas aussi naturellement enthousiastes à l'idée de modifier et de réviser leurs soins?

M. Smee: Je suis plutôt d'accord avec la déclaration de M. Ham selon laquelle l'effectif du service de la santé est probablement la principale contrainte. Si vous souhaitez que je fasse état d'un troisième problème principal, je soulignerais la tendance que nous avons à fixer un trop grand nombre d'objectifs et de cibles à satisfaire en même temps, ce qui résulte des pressions qui viennent du grand public, d'attentes très élevées et de la volonté des responsables politiques de faire face à ces pressions. Cette question viendrait au deuxième rang, derrière le problème lié à l'effectif soulevé par M. Ham.

En ce qui concerne les améliorations les plus importantes, j'en retiendrais une, de peu d'envergure, mais je pense qu'elle montre que, au sein du Système national de la santé, on peut, à condition que tout soit bien fait, progresser dans un domaine probablement assez important. Je fais ici référence au lancement et à l'universalité de NHS Direct, service d'aide téléphonique assuré par des infirmières qui est désormais accessible à tous, 24 heures

being expanded, in a number of experiments, to being a booking system and it has a whole range of other add-ons. It has an Internet site. It will be linked into digital TV experiments which are already underway. In terms of improving access, this has made a substantial contribution already.

On the longer term and a more fundamental change, I would agree with the points of both Dr. LeGrand and Dr. Ham and I would add a third: that is, the willingness for the first time in NHS to actually set measurable standards in clinical care levels that we are determined to hit. It does not seem to me that you can have performance improvement unless you have performance measurement, and you cannot make much sense of performance measures until you have set standards. With national service frameworks, with the National Institute for Clinical Excellence and so on, we are, for the first time that I can remember, setting specific targets for clinical quality of care that we are determined to meet.

Senator Cook: I should like to thank the witnesses for a very informative session.

I would also like to follow through on a supplementary from Senator Kirby's dialogue with you, where you say day surgery has brought an efficiency into the system. What program or support system do you have for the client who returns home after day surgery?

Mr. Ham: Our National Health Service covers the full range of health and medical care: hospital services, doctor services and also primary care and community health services. That would include providing care in patients' own homes. Usually the care will be provided by the family doctor, by the GP with whom the patient is registered. In our system, that doctor — and I think this is different from most parts of Canada — will work as part of a primary health care team. The doctor will have available a number of nurses working with children or with older people and community nurses who will work in peoples' homes providing support. They may be able to access pieces of equipment or other support services that patients of families require. It is this full range, from home through primary care and intermediate care, that we also give high priority to now, as well as the hospital and specialist services. I will not say, again, that we always get that right, but we are getting better at trying to integrate the different components, from the patient's point of view.

Senator Cook: We have not talked about mental illness. How do you deliver that discipline within the system that we are talking about this morning? In my province, about 10 years ago, there was a concerted attempt to de-institutionalize mental health patients and integrate them into the community. How do you deal with that particular discipline in your country?

sur 24, dans l'ensemble de l'Angleterre, mais pas encore dans tous les pays adjacents. Au moyen d'un certain nombre d'expériences, on élargit le système, dont on veut faire un système de rendez-vous, sans compter que tout un éventail d'autres éléments s'y greffent. Il y a aussi un site Internet. Il sera directement relié aux expériences de télévision numérique déjà en cours. En ce qui concerne l'amélioration de l'accès, le service a déjà apporté une contribution considérable.

À plus long terme et au chapitre des changements plus fondamentaux, je suis d'accord avec les points soulevés par MM. LeGrand et Ham, et j'en ajouterai un troisième. Je fais référence à la volonté du SNS de fixer, pour la toute première fois, des normes mesurables pour les niveaux de soins cliniques que nous sommes déterminés à respecter. À mes yeux, on ne peut parler d'amélioration du rendement en l'absence de mesures du rendement, et on ne peut se faire une idée du rendement sans normes. Avec les National Service Frameworks, le National Institute For Clinical Excellence et le reste, nous en sommes — pour la première fois, autant que je me souviens — à fixer des objectifs précis pour la qualité clinique des soins que nous sommes déterminés à atteindre.

Le sénateur Cook: Je tiens à remercier les témoins d'une séance des plus éclairantes.

J'aimerais poser une question qui s'inscrit dans le cadre du dialogue que vous avez eu avec le sénateur Kirby. Vous avez laissé entendre que les chirurgies d'un jour avaient permis au système de réaliser des gains d'efficacité. Quels sont les programmes ou les systèmes de soutien dont vous disposez pour les clients qui rentrent chez eux après une chirurgie d'un jour?

M. Ham: Notre Service national de la santé assure l'ensemble des soins de santé et des soins médicaux: les services hospitaliers et les services de médecins, mais aussi les soins primaires et les services de santé communautaires, ce qui comprend la prestation de soins à domicile. Habituellement, les soins sont offerts par le médecin de famille, le généraliste auprès de qui le patient est inscrit. Dans notre système, ce médecin — je crois que la situation est différente dans la plupart des régions du Canada — travaille au sein d'une équipe chargée des soins primaires. Le médecin a à sa disposition un certain nombre de médecins qui travaillent auprès des enfants ou des personnes âgées de même que des infirmières de santé communautaire qui assureront le soutien des patients à domicile. On peut aussi avoir accès aux appareils et aux autres services de soutien dont les patients ont besoin. La gamme est complète: elle va des soins primaires aux soins intermédiaires, dont nous avons également fait une priorité, sans oublier les services hospitaliers et les services de spécialiste. Une fois de plus, je ne veux pas dire que tout va comme sur des roulettes, mais, du point de vue du patient, nous réussissons mieux l'intégration des différentes composantes.

Le sénateur Cook: Nous n'avons pas parlé de la maladie mentale. Comment le système dont il est question ce matin s'acquitte-t-il de sa tâche dans ce domaine? Dans ma province, il y a une dizaine d'années, on a délibérément tenté de désinstitutionnaliser les patients atteints d'une maladie mentale et de les intégrer dans la collectivité. Comment votre pays fait-il face à ce problème particulier?

Mr. Smee: There is a slight passing of the buck going on at this end of the link that would suggest that possibly none of us feel tremendously well-informed on this. There has been a national service framework announced, which I referred to before, part of which is for mental health. There is a strategy now for mental health and there have been various government papers. It would probably be best for us to send those to you.

The major weakness here, and, as you imply, possibly in Canada and many other countries, is that we ran down the institutional support faster than we ran up domiciliary care in the community. We are now trying to address that imbalance as fast as we can, but it gets back to the same issues of human resources shortages and skill shortages that we referred to more generally. There are now specific programs of action. We are trying to ensure that when patients have been discharged from large institutional care, they receive much more support in the community.

Mr. Ham: To add a couple of points to that, in considering the statistics in the longer term, we have seen a major reduction in the number of hospital beds for people with mental illness, particularly beds in psychiatric hospitals — the former asylums, as we once called them. We still have beds in that kind of specialty facility, but the number is currently lower than it was 10 or 15 years ago.

We usually have an acute mental health facility that would be part of the local general hospital to integrate mental health services with physical health services. However, increasingly, as Mr. Smee indicated, the move has been toward community-based care, having teams of mental health specialists to provide services to people who are living at home, or who have just been discharged from a hospital environment.

Our mental health pressure groups will, I suspect, say many of the same things to which you have alluded. We have had a policy of community care, which too often has seemed to be a policy of community neglect. People have been discharged without the degree of support they need to live independently and effectively in a community setting. There has been some move back in the opposite direction.

Senator Graham: You have all been informative and eloquent.

My final question has to do with administrative costs. Could you please give us an idea of the proportion or the percentage of total health care spending in the U.K. that is devoted to administrative costs?

Mr. Ham: We sound like politicians when we answer this kind of question: It all depends.

M. Smee: Ici, nous nous refilons le problème l'un l'autre, ce qui laisse peut-être entendre que nous ne sommes pas terriblement bien informés à ce sujet. On a annoncé un cadre de service national, auquel j'ai fait référence, qui portera en partie sur la santé mentale. Il existe aujourd'hui une stratégie pour la santé mentale, et divers documents gouvernementaux ont été publiés. Il y vaudrait probablement mieux que nous vous les fassions parvenir.

Le principal problème qui se pose ici et, comme vous le laissez entendre, peut-être au Canada et dans bon nombre d'autres pays, c'est qu'on démantèle le soutien institutionnel plus vite qu'on met sur pied les services et de soins à domicile dans la collectivité. Nous nous efforçons de corriger ce déséquilibre du mieux que nous le pouvons, mais on en revient toujours au même problème des pénuries de ressources humaines et des pénuries de compétences que nous avons évoquées de façon plus générale. Il existe désormais des programmes d'intervention précis. Nous nous efforçons de veiller à ce que les patients qui sortent des grands établissements bénéficient de beaucoup plus de soutien dans la collectivité.

M. Ham: Je vais ajouter deux ou trois points. À l'examen des statistiques à plus long terme, nous avons constaté une réduction importante du nombre de lits d'hôpitaux réservés aux personnes atteintes d'une maladie mentale, en particulier dans les hôpitaux psychiatriques — ce que nous appelions autrefois les asiles. On trouve toujours des lits de ce genre dans des établissements spécialisés, mais leur nombre est réduit par rapport à il y a dix ou 15 ans.

Habituellement, il existe un centre de traitement actif de la maladie mentale qui fait partie de l'hôpital général local où les services de santé mentale sont intégrés aux services de santé physique. De plus en plus, comme M. Smee l'a indiqué, on se tourne cependant vers les soins communautaires et des équipes de spécialistes de la santé mentale chargées d'assurer des services aux personnes qui vivent à domicile ou qui viennent tout juste de quitter le milieu hospitalier.

Les groupes de pression qui représentent les personnes atteintes d'une maladie mentale dans notre pays répéteront, je suppose, bon nombre des propos auxquels vous avez fait allusion. Nous sommes dotés d'une politique des soins communautaires qui, trop souvent, a l'allure d'une politique de la négligence communautaire. On a donné leur congé à des personnes sans leur assurer le soutien dont elles ont besoin pour vivre de façon indépendante et efficace dans la collectivité. De plus, on a effectué un certain mouvement vers l'arrière.

Le sénateur Graham: Vous avez tous été éclairants et éloquents.

Ma dernière question porte sur les frais administratifs. Pouvez-vous nous donner une idée de la proportion ou du pourcentage des dépenses de santé qui, au Royaume-Uni, sont affectées à l'administration?

M. Ham: Quand nous répondons à la question, nous avons l'air de politiciens. La réponse, en effet, est: ça dépend.

Senator Graham: Let me give you an idea. We had representatives from Germany earlier, and I believe the figure they used was in the area of 5.6 per cent. In Canada, it is in the area of 2 to 3 per cent. In the United States, it is much higher. Could you give us an idea what the percentage is in the U.K.?

Mr. Ham: Ours is in the low end of the range. I would say that ours is around 5 per cent, or less. The reason for the hesitation is that it does depend on what you count and how you count it, particularly if you have doctors or nurses who are taking on management roles in hospitals and primary care. Would you add that to your administrative cost total, or would you consider that as being clinical time? The general picture in the U.K. is that we are well below the U.S. figure of 20 per cent, which is often quoted. We are much closer to the European figures that you mentioned.

Mr. Smee: This is an issue that we have been asked about by our ministers on many occasions, to my certain knowledge, over the last 20 years. I am afraid the truthful answer is that there are no good international comparisons of administrative costs. There is no agreement across countries as to what should be called "administrative" or "management" costs. The OECD has tried to do this. They actually published tables that showed these figures, but one has only to cast one's eye down at them to know that they are a load of nonsense. There are no good international studies. There have been one or two small-scale studies that compared the U.S. and Canada, which were done by Himmelstein and Woolhandler, that showed that Canadian costs, by any set of definitions, are much lower than those of the U.S.

We tried to do a comparison of hospital administrative costs directly, drawing on some detailed work in the U.S., about four or five years ago. Depending on one's definitions, we came out with considerably lower costs than the U.S. However, it was of the order then for hospitals to wonder whether you include information technology under administrative or clinical costs. If it were included as an administrative cost, then 20 per cent of the American hospital costs could be deemed administrative, and the U.K.'s were at about 12 per cent.

We have other figures from our National Audit Office and Audit Commission that give much lower figures — around the 5 per cent level.

Another more detailed study I can remember was done by the McKinsey's, the management consultants. Four years ago, they attempted to do a detailed study of costs and outcomes of the U.S., the U.K. and the German health care systems. I do not believe that Canada was in the comparison. The study examined three or four particular specialties. They concluded that the U.K. and the German costs were pretty even, but again, they made them much higher than the figures you quoted and the figures we would

Le sénateur Graham: Laissez-moi vous donner une idée. Un peu plus tôt, nous avons entendu des représentants de l'Allemagne, et je crois qu'ils ont cité un chiffre de l'ordre de 5.6 p. 100. Au Canada, la proportion est de 2 à 3 p. 100. Aux États-Unis, elle est légèrement supérieure. Pourriez-vous nous donner une idée du pourcentage au Royaume-Uni?

M. Ham: Chez nous, le pourcentage se situe à l'extrémité inférieure du spectre. Je dirais que les frais administratifs se situent à environ 5 p. 100 ou un peu moins. Si j'hésite, c'est parce que tout dépend de ce que vous comptez et ne comptez pas, en particulier si des médecins ou des infirmières assument une fonction de gestion dans les hôpitaux et les soins primaires. Les montants en question font-ils partie des frais administratifs totaux, ou ces tâches font-elles partie du temps clinique? L'idée générale, c'est que, au Royaume-Uni, la proportion des dépenses imputables aux frais administratifs est nettement inférieure au chiffre de 20 p. 100 souvent avancé pour les États-Unis. Nous nous rapprochons nettement plus des chiffres pour l'Europe que vous avez mentionnés.

M. Smee: C'est une question que, j'en sais quelque chose, nos ministres nous ont posée à maintes occasions au cours des 20 dernières années. La vérité, j'en ai bien peur, c'est qu'il n'y a pas de bonne comparaison internationale au chapitre des frais administratifs. Il n'y a pas de consensus entre les pays à propos de ce que sont les frais d'«administration» ou de «gestion». L'OCDE a tenté de s'attaquer à la question. L'organisation a publié des tableaux faisant état de ces chiffres, mais il suffit d'y jeter un oeil pour se rendre compte qu'il s'agit d'un tissu d'inepties. Il n'y a pas de bonnes études internationales. On a bien réalisé une ou deux études à faible échelle dans lesquelles on a comparé les États-Unis et le Canada. Ces études, réalisées par Himmelstein et Woolhandler, ont montré que les coûts au Canada, quelles que soient les définitions utilisées, étaient nettement inférieurs à ceux des États-Unis.

Il y a quatre ou cinq ans, nous avons tenté d'établir une comparaison directe des frais administratifs des hôpitaux avec certains travaux détaillés réalisés aux États-Unis. Selon les définitions de chacun, nous avons abouti à des coûts nettement inférieurs à ceux des États-Unis. Cependant, les hôpitaux, à l'époque, se demandaient s'il fallait inclure les coûts de la technologie de l'information sous les frais administratifs ou les frais cliniques. Si on les considérait comme des frais administratifs, 20 p. 100 des coûts des hôpitaux américains pouvaient être considérés comme des frais administratifs. Au Royaume-Uni, la proportion était d'environ 12 p. 100.

Nous avons d'autres chiffres de nos National Audit Office et Audit Commission. Selon ces chiffres, la proportion est nettement moindre — environ 5 p. 100.

Je me souviens d'une autre étude plus détaillée qui a été réalisée par les McKinsey, consultants en gestion. Il y a quatre ans, la société a tenté de réaliser une étude détaillée des coûts et des résultats des systèmes de soins de santé des États-Unis, du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Je ne crois pas que le Canada faisait partie de la comparaison. L'étude a porté sur trois ou quatre spécialités. Les auteurs en sont venus à la conclusion que les coûts au Royaume-Uni et en Allemagne étaient à peu près égaux, mais,

normally quote — about 12 per cent. The U.S. was in a different ball game with well over 20 per cent. There is a agreement that the European countries, in general, along with Canada, have lower administrative costs than the U.S. has. I doubt, if there is any agreement across Europe, as to which has the lowest administrative costs, because we have not managed to agree on our definitions.

Mr. Ham: As a supplementary, from my experience, the part of the budget that goes into administration increased when we were in the internal market experiment. That was to be expected because you needed to hire more people to negotiate contracts, monitor them and send out all the pieces of paper. There was a price to be paid for operating that system, compared with a non-market based system.

The other comment is a casual, empirical observation. On my visits to Canada, when I have had the opportunity to examine your health care system, it has felt very management light compared with the U.K. system. I provide that as a descriptive comment, because we may have too much management and regulation in our system, rather than Canada having too little. However, it was interesting to observe that.

The Chairman: I have a question about political will. I have been impressed with several things: your moves on accountability, your moves to set targets of various kinds, the focus on population health programs and the setting up of a pretty impressive institutional infrastructure to try to improve quality and efficiency. All of those things cost money on a budget that is already, by your standards, low. You indicated, in Professor Ham's opening comments, that there were a whole host of new areas where money needed to be spent.

How do you get political approval to spend money on the kinds of things that you talked about? All the political pressure, at least in Canada, is to spend money on items that are directly patient-related. In that way, we would be able to indicate to the public that, for example, we have opened 10 new MRI machines or a new radiation lab for cancer. Even though, in the long run, the kinds of things you talked about clearly would have a better long-term cost benefit, how do you get around dealing with the short-term problem to put some resources into the long-term problem?

Mr. Ham: We would understand and sympathize entirely with the imperatives that you describe. They are evidenced in our health care system too. The drive, alongside what we have been discussing, is to get more money into direct patient care. Our Prime Minister has talked at some length in the recent campaign about the need to modernize and improve all of our public services — public education, health, transport, et cetera. The phrase he has used is "front line first," by which he means we

une fois de plus, qu'ils étaient nettement supérieurs à ceux que vous avez cités et à ceux que nous citerions normalement — environ 12 p. 100. Avec plus de 20 p. 100, les États-Unis étaient dans une ligue à part. De façon générale, on considère que les frais administratifs des pays européens et ceux du Canada sont inférieurs à ceux des États-Unis. J'ignore si on s'est entendu en Europe sur le pays dont les frais administratifs sont les moins élevés, mais nous ne sommes pas parvenus à nous entendre sur les définitions.

M. Ham: J'ajoute, selon mon expérience, que la partie du budget dévolue à l'administration a augmenté au moment de l'expérience du marché interne. C'était prévisible puisqu'il fallait embaucher plus de personnes pour négocier des contrats, les surveiller et expédier tous les documents. Par rapport à un système non commercial, l'application d'un tel système se faisait moyennant un certain prix.

L'autre commentaire que je tiens à formuler repose sur une observation empirique fortuite. Lorsque, à l'occasion d'une visite au Canada, j'ai eu la possibilité d'examiner votre système de soins de santé, j'ai eu l'impression qu'il était, du point de vue de l'administration, léger par rapport au système du Royaume-Uni. C'est simplement un commentaire descriptif: dans notre système, la gestion et la réglementation sont peut-être trop lourds, tandis que, au Canada elles sont peut-être trop limitées. En tout cas, c'est une observation intéressante.

Le président: Je veux poser une question au sujet de la volonté politique. J'ai été impressionné par quelques facteurs: les mesures que vous avez prises dans le domaine de la reddition de comptes, les mesures que vous avez prises pour établir des objectifs de diverse nature, l'accent mis sur les programmes de santé de la population et l'établissement d'une infrastructure institutionnelle relativement impressionnante pour tenter d'améliorer la qualité et l'efficacité. Ces mesures grèvent lourdement un budget qui est déjà, selon vos propres normes, faible. Dans vos propos d'ouverture, M. Ham, vous avez indiqué qu'il existe un grand nombre de domaines nouveaux dans lesquels il faudra investir.

Comment obtenez-vous les approbations politiques nécessaires pour affecter des fonds au genre de mesures auxquelles vous avez fait allusion? Au Canada, tout au moins, les pressions politiques qui s'exercent vont toutes dans le sens de l'affectation des fonds aux questions qui se rapportent directement au patient. De cette façon, nous sommes en mesure d'indiquer que, par exemple, nous avons inauguré dix nouvelles machines IRM ou un nouveau laboratoire de radiologie pour le traitement du cancer. Même si, à long terme, le genre de mesures auquel vous avez fait allusion produirait clairement un meilleur rapport coûts-avantages à long terme, comment contournez-vous le problème à court terme qui se pose pour affecter certaines ressources au problème à long terme.

M. Ham: Nous comprenons les impératifs que vous décrivez et nous y sommes ou ne peut plus sensibles. Ils se manifestent également au sein de notre système de soins de santé. Parallèlement à ce dont vous parlez, l'intention est d'investir davantage dans les soins aux patients. À l'occasion de la récente campagne électorale, notre Premier Ministre a longuement fait état de la nécessité de moderniser et d'améliorer tous nos services publics — l'éducation publique, la santé publique, les transports

need to put more money and more support directly into doctors, nurses, teachers, policemen on the beat and to empower them to bring about improvements in patient care.

However, the analysis is more general than that. If you abandon the internal market, because it is dead and buried, and you do not just revert to a centralized command and control health care system, something else needs to be put in place as the drivers for change and improvement because the system itself cannot be relied upon to deliver the targets that are you are trying to establish. That is why a whole new institutional architecture is being established: the commission for health improvement, a National Institute for Clinical Excellence, the duty of clinical governance at a local level. It is the answer to the exam question that asks if markets are rejected and centralized planning is rejected, then how will changes be brought about in this big complex public service?

The Chairman: Obviously there is political support for doing it. That is the piece that surprises me.

Mr. Ham: There is absolute political support. Our government has reached the point in its analysis where it is saying, given continuing media criticism of health care, given continuing professional concerns about the adequacy of funding and what doctors feel they can do with the resources available — I am not trying to be overly dramatic at this point — if we, as a government, do not get it right over the next three or four years, there may not be another chance to save the NHS model and to modernize it in a way that retains universal population commitments and a willingness to pay taxes to government to fund a health service that fails to deliver the services that people expect.

Mr. Smee: We, in the health department, tend to believe or act as if we are being treated in a particular way. The approach that we have been setting out here is the government's approach to many, if not all sectors of the public sector, for the setting of standards, for much more emphasis on accountability, and much more emphasis on performance measures and mechanisms for inspection. One might say "naming and shaming" would be the term of art. Those have been applied strongly to education and also to social services. Yesterday the new Home Secretary announced that the same approaches will be applied to the police force. This is a national, public-sector-wide philosophy and we have only been describing it for the health sector.

The Chairman: On behalf of all of our colleagues, I thank you for this useful and entertaining session. We would also like to thank Gail Tyerman of the Canadian High Commission for the time and effort to organize this.

publics, etc. L'expression qu'il a utilisée est «la première ligne d'abord», ce par quoi il entend que nous devons investir davantage dans les médecins, les infirmières, les enseignants et les policiers qui travaillent sur le terrain et les soutenir plus directement, tout en leur donnant les moyens de générer des améliorations au titre des soins aux patients.

Cependant, l'analyse est plus générale. Si on abandonne le marché interne, parce qu'il est mort et enterré, et qu'on ne peut revenir à un système de soins de santé centralisé et axé sur la réglementation directe, on doit mettre en place de nouveaux moteurs du changement et de l'amélioration parce qu'on ne peut compter sur le système pour répondre aux objectifs qu'on cherche à établir. C'est pourquoi on crée une toute nouvelle architecture institutionnelle: la commission pour la promotion de la santé, le National Institute for Clinical Excellence, et le mandat d'administrations cliniques au niveau local. C'est la réponse à la question d'examen suivante: si on rejette les marchés et la planification centralisée, comment allons-nous mettre les changements en oeuvre dans cette grande et complexe fonction publique?

Le président: De toute évidence, les mesures s'appuient sur une volonté politique. C'est cela qui me surprend.

M. Ham: Il est très clair qu'une volonté politique existe. Notre gouvernement en est au stade suivant de son analyse: si, à la lumière des critiques continues dont les soins de santé sont l'objet dans les médias et des préoccupations soutenues des professionnels à l'égard de l'importance du financement et de ce que les médecins croient pouvoir faire avec les ressources disponibles — à ce stade-ci, je n'essaie pas de trop dramatiser — nous, en tant que gouvernement, ne corrigeons pas la situation au cours des trois ou quatre prochaines années, nous n'aurons peut-être pas d'autres occasions de sauver le modèle du SNS et de le moderniser de manière à préserver les engagements liés à l'universalité et à la volonté des citoyens de payer des impôts au gouvernement pour financer un service de santé incapable de fournir les services auxquels les gens s'attendent.

M. Smee: Au ministère de la Santé, nous avons tendance à croire que nous bénéficions d'un traitement particulier ou à agir comme si tel était le cas. L'approche que nous avons établie ici est celle que le bon nombre de secteurs gouvernementaux, sinon la totalité du secteur public, ont adoptée aux fins de l'établissement de normes, à savoir un accent plus grand mis sur la reddition de comptes et la mesure du rendement de même que des mécanismes d'inspection. C'est ce qu'on pourrait appeler la dénonciation dans le but de faire honte. On a administré ce remède à forte dose aux domaines de l'éducation et des services sociaux. Hier, le nouveau secrétaire de l'Intérieur a déclaré qu'on fera appel aux mêmes approches relativement à la police. Il s'agit d'une philosophie nationale appliquée dans l'ensemble de la fonction publique, et nous nous sommes contentés d'en faire état pour le secteur des soins de santé.

Le président: Au nom de tous nos collègues, je vous remercie de cette séance utile et divertissante. Nous tenons également à remercier Gail Tyerman du Haut-Commissariat du Canada du temps et des efforts qu'elle a consacrés à l'organisation de la séance.

We hope we can make progress toward dealing with our problems and if we do, we will let you know. As you said at the beginning, our joint problems are very similar.

Nous espérons réaliser des progrès en vue du règlement des problèmes auxquels nous sommes confrontés. Le cas échéant, nous vous tiendrons au courant. Comme vous l'avez indiqué d'entrée de jeu, nos problèmes conjoints sont très similaires.

The committee adjourned.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Cœur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Cœur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

(By Video Conference)

From the German Health Ministry:

Georg Baum, Director General, Head of Directorate, Health Care;

Dr. Margot Faelker, Deputy Director, Section Financial Issues of Statutory Health Insurance;

Dr. Rudolf Vollmer, Director General, Head of Directorate, Long-Term Nursing Care Insurance.

From the Department of Health — Economic and Operational Research Division of the United Kingdom:

Clive Smee, Chief Economic Adviser.

From the University of Birmingham:

Professor Chris Ham, Director, Health Services Management Centre.

From the London School of Economics:

Professor Julian LeGrand, Richard Titmuss Professor of Social Policy.

(Par Vidéoconférence)

Du Ministère de la Santé de l'Allemagne:

Georg Baum, directeur général, chef du conseil d'administration, Soins de santé;

Dre Margot Faelker, directrice adjointe, Section des questions financières relatives à l'assurance-santé réglementaire;

Dr Rudolf Vollmer, directeur général, chef du conseil d'administration, Assurance des soins infirmiers à long terme.

Du ministère de la Santé — Division de la recherche opérationnelle et économique du Royaume-Uni:

Clive Smee, conseiller économique en chef.

De l'Université de Birmingham:

Professeur Chris Ham, directeur, Centre de gestion des services de santé.

De London School of Economics:

Professeur Julian LeGrand, professeur de politique sociale
Richard Titmuss.

EA1
YL 26
-551



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, June 12, 2001

Le mardi 12 juin 2001

Issue No. 21

Fascicule n° 21

Twentieth meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingtième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.
(or Robichaud, P.C.)
Cohen
Cook
Cordy
Fairbairn, P.C.
Graham, P.C.

* Lynch-Staunton
(or Kinsella)
Morin
Pépin
Robertson
Roche

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee:

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Robertson was substituted for that of the Honourable Senator Murray (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator LeBreton was substituted for that of the Honourable Senator Atkins (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Murray was substituted for that of the Honourable Senator Robertson (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Atkins was substituted for that of the Honourable Senator LeBreton (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cordy was substituted for that of the Honourable Senator Fraser (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cook was substituted for that of the Honourable Senator Banks (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Morin was substituted for that of the Honourable Senator Callbeck (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Fraser was substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*June 12, 2001*).

The name of the Honourable Senator Banks was substituted for that of the Honourable Senator Cook (*June 12, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck
* Carstairs, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)
Cohen
Cook
Cordy
Fairbairn, c.p.

Graham, c.p.
* Lynch-Staunton
(ou Kinsella)
Pépin
Robertson
Roche

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Robertson est substitué à celui de l'honorable sénateur Murray (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur LeBreton est substitué à celui de l'honorable sénateur Atkins (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Murray est substitué à celui de l'honorable sénateur Robertson (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Atkins est substitué à celui de l'honorable sénateur LeBreton (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Fraser (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cook est substitué à celui de l'honorable sénateur Banks (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Callbeck (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Fraser est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 12 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Banks est substitué à celui de l'honorable sénateur Cook (*le 12 juin 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Tuesday, June 12, 2001
(23)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 6:35 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cordy, Graham, P.C., Kirby, LeBreton, Morin, Pépin and Robertson (7).

Other senators present: The Honourable Senator Keon (1).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

(By videoconference)

From the Australian Institute of Health and Welfare:

Dr. Richard Madden, Director.

From the Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, Chief Executive Officer.

From the National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University:

Dr. Tony Adams, Professor of Public Health.

From the Health Insurance Commission, Australia:

Dr. Brian Richards.

From the Australian Medical Association:

Dr. Roger Kilham;

Dr. Carmel Martin, Director.

The Chairman made a statement.

Dr. Madden made a statement. The Chairman made a statement. Dr. Madden made a statement. Dr. Schneider made a statement and answered questions. Dr. Kilham made a statement and answered questions. The witnesses answered questions.

At 8:38 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mardi 12 juin 2001
(23)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 18 h 35, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cordy, Graham, c.p., Kirby, LeBreton, Morin, Pépin et Robertson (7).

Autre sénateur présent: L'honorable sénateur Keon (1).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos; de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, greffière législative.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit son examen de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

TÉMOINS:

(Par Vidéoconférence)

De l'Institut australien de la santé et du bien-être:

Dr Richard Madden, directeur.

De la Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, président-directeur général.

Du National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University:

Dr Tony Adams, professeur, Santé publique.

De la Health Insurance Commission, Australie:

Dr Brian Richards.

De l'Association médicale de l'Australie:

Dr Roger Kilham;

Dr Carmel Martin, directeur.

Le président fait une déclaration.

Le docteur Madden fait une déclaration. Le président fait une déclaration. Le docteur Madden fait une déclaration. MM. Schneider et Kilham font une déclaration et répondent aux questions. Les témoins répondent aux questions.

À 20 h 38, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

EVIDENCE

OTTAWA, Tuesday, June 12, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 6:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, first, I want to thank our witnesses for getting up in the morning, the beginning of their day and the end of ours, to spend some time with us talking about their health care system. As you know, we are looking at what changes, if any, to the broad federal policy role there ought to be. Any input we can get from you with respect to what has worked or not worked in Australia would be helpful to us.

I know most of you want to make a few opening comments about the part of the system that is your expertise.

Perhaps the best way to begin, Dr. Madden, is to ask you to give sort of a quick thumbnail sketch. Tell us how your program works; but, equally important, what is working well and what is not working. That is, what can we plagiarize and what should we avoid?

Dr. Richard Madden, Director, Australian Institute of Health and Welfare: Do you mean the health system or my organization, Mr. Chairman?

The Chairman: I mean the health care system, which is what we want to focus on.

Dr. Madden: I think I gave your committee details on the book that we produced which I will hold up for you. It is called *Australia's Health*. My institution produces this book every two years to describe the Australian health system.

By analogy to Canada, we are similar. We have a somewhat smaller percentage of GDP spent on health. It is 8.5 per cent. We have a system that is much more complex in its federal state relation between federal government and state governments, with the federal government running directly reimbursements for medical services and pharmaceuticals and with the states running the hospitals, as in the Canadian provinces. There are large transfers of money from commonwealth government to state governments, unlike your arrangements where the provinces raise their own. We have a much bigger private sector than in Canada, with a strong private health insurance system that has strong government support — both financial and political — underpinning that health insurance system. It finances a wide network of private hospitals in particular.

I think the similarities between us are probably greater than the differences compared with other countries. However, that is a quick thumbnail sketch.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mardi 12 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 18 h 35 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Premièrement, honorables sénateurs, je tiens à remercier nos témoins de s'être levés si tôt ce matin, le début de leur journée et la fin de la nôtre, pour nous parler de leur système de soins de santé. Comme vous le savez, nous examinons la possibilité de modifier, s'il y a lieu, le rôle général joué par notre gouvernement fédéral dans l'élaboration des politiques. Vos observations quant à ce qui marche et à ce qui ne marche pas dans le régime australien nous seront très utiles.

Je sais que vous voulez tous, pour la plupart, faire une déclaration préliminaire en ce qui concerne le volet du régime qui relève de votre compétence.

La meilleure façon de commencer, c'est peut-être de demander au Dr Madden de nous donner un aperçu très rapide du régime. Expliquez-nous son fonctionnement, notamment ce qui marche et ce qui ne marche pas. En d'autres mots, quels aspects devrions-nous imiter ou éviter?

Dr Richard Madden, directeur, Institut australien de la santé et du bien-être: Vous voulez dire le système de soins de santé ou mon organisme, monsieur le président?

Le président: Je veux dire le système de soins de santé, l'objet de notre étude.

Dr Madden: Je crois que j'ai déjà fourni à votre comité quelques renseignements au sujet d'un livre, que je vais tenir pour que vous puissiez le voir, que nous avons préparé et qui s'intitule: *Australia's Health*. Mon institut produit ce livre à tous les deux ans pour décrire le système de soins de santé australien.

Notre régime est semblable à celui du Canada. Le pourcentage du PIB consacré à la santé est un peu inférieur au vôtre et s'élève à 8,5 p. 100. La relation entre le gouvernement fédéral et les gouvernements d'État en matière de santé est plus complexe: le gouvernement fédéral paie les services médicaux et les médicaments de façon directe et les États, comme les provinces canadiennes, s'occupent de l'administration des hôpitaux. Le gouvernement du Commonwealth transfère des montants considérables aux gouvernements d'État, contrairement à la situation chez vous où les provinces doivent procurer leur propre financement. Notre secteur privé est beaucoup plus grand que celui du Canada et nous avons un régime d'assurance privé important qui est solidement appuyé par le gouvernement sur le plan financier et politique et qui soutient notre système d'assurance-santé. Ce régime finance notamment un réseau très vaste d'hôpitaux privés.

Par rapport aux autres pays, je crois que les similitudes sont plus grandes que les différences. Voilà donc un aperçu très bref de notre régime.

The Chairman: I will direct my question to whomever wishes to answer it. There is a big difference between the role of the public sector and the role of the private sector in the sense that we do not have private sector hospitals. We have private insurance health benefits, but they are really extended benefits. They will pay for a private or semi-private room and that kind of thing, but fundamentally hospital benefits and physicians' services are entirely covered by the state.

It would help us to understand how these two systems live alongside each other. I would like to understand in particular whether the private sector simply has the people on the wealthy end of the income spectrum. Are the waiting line problems the same whether you are in the public sector or the private sector, and so on?

Any comments to help us understand both the interaction and the dividing lines between the two would be helpful.

Mr. Russell Schneider, Chief Executive Officer, Australian Health Insurance Association: There will always be differences of opinion about the relative merits of the private sector and its relationship with the public sector. From our perspective, the two are quite strongly interlinked. I believe the government would say that also because it is now investing about \$2 billion each year in providing incentives for people to be privately insured. The private sector provides about one-third of the beds and equally occupies about one-third of them. Therefore, in hospital financing private health insurance is a significant component of the overall budget.

The reason the government supports private insurance, I believe, is because of the financial leverage that it provides. The government provides a 30 per cent rebate on premiums, which yields, obviously, one dollar in total money available to the private health pool. This is intended to take the strain off federal and state budgets. Over recent years the numbers insured have, as a direct result of government stimulatory measures, risen from 30 per cent of the population to 45 per cent of the population.

To answer your question about whether it is only for the wealthier end of the scale, no, it is not. About two million of the people who are insured actually are on incomes below average weekly earnings. Obviously, more people on high incomes are insured because people with high incomes have a lot more things to do with their money. However, there is a very large group of people with lower incomes who are insured. I think that probably reflects a general community desire in Australia for a mixed economy.

The other interesting thing is that health insurance in Australia is fully community rated, which I think reflects its social role as far as governments are concerned. By "fully community rated" I mean that there is no premium discrimination against people by virtue of age, sex, state of health or potential health risk. The only restriction is a 12-month waiting period after joining for pre-existing ailments. At the end of 12 months, benefits are fully payable for pre-existing conditions as well as for conditions that

Le président: Ma question s'adresse à quiconque désire y répondre. Il y a une différence énorme entre le rôle du secteur public et celui du secteur privé étant donné que nous n'avons pas d'hôpitaux privés. Nous avons des prestations d'assurance-santé privée, mais il s'agit plutôt de prestations complémentaires. Par exemple, ces prestations vont permettre à l'abonné de se payer une chambre privée ou semi-privée et ainsi de suite, mais dans l'ensemble, c'est l'État qui assume pleinement le financement des services rendus par l'hôpital et les médecins.

Il nous serait utile de comprendre comment ces deux régimes coexistent. J'aimerais savoir notamment si le secteur privé s'occupe uniquement des gens bien nantis. Et les problèmes relatifs aux listes d'attente sont-ils présents dans le secteur public comme dans le secteur privé et ainsi de suite?

Il serait utile d'avoir des précisions nous aidant à comprendre comment les deux régimes fonctionnent ensemble et où se trouve la ligne de démarcation.

M. Russell Schneider, Président-directeur Général, Australian Health Insurance Association: Il y aura toujours une divergence d'opinions en ce qui concerne le bien-fondé du secteur privé et ses rapports avec le secteur public. De notre point de vue, ces deux régimes sont très interreliés. Je crois que le gouvernement dirait la même chose puisqu'il investit maintenant environ 2 milliards chaque année pour encourager les gens à souscrire une assurance privée. Environ un tiers des lits d'hôpital appartiennent au secteur privé et environ un tiers des personnes hospitalisées occupent un de ces lits. Par conséquent, les régimes d'assurance-santé privés représentent une part importante du budget global consacré au financement des hôpitaux.

Je crois que le gouvernement appuie l'assurance privée en raison de sa grande force de levier financier. Le gouvernement accorde une remise de 30 p. 100 sur les primes dont le montant intégral est mis à la disposition du consortium du régime de soins de santé. L'objectif visé, c'est d'alléger le fardeau pour les budgets du gouvernement fédéral et des États. En raison de cet encouragement gouvernemental, le nombre d'abonnés au régime privé a grimpé, au cours des dernières années, de 30 à 45 p. 100 de la population.

Vous avez demandé si le régime privé se limite aux nantis, et la réponse est non. À l'heure actuelle, environ deux millions des abonnés ont des revenus hebdomadaires qui sont au-dessous de la moyenne. Il est évident qu'un plus grand nombre de bien nantis souscrivent au régime privé parce que les gens qui disposent de revenus plus élevés peuvent faire plus avec leur argent. Il demeure quand même un groupe important d'abonnés n'ayant que des revenus modestes. Cela reflète sans doute un désir parmi les citoyens australiens de se doter d'une économie mixte.

Un autre aspect intéressant, c'est que l'assurance-santé en Australie repose entièrement sur le concept de la mise en commun, ce qui reflète, d'après moi, le rôle social que les gouvernements veulent lui accorder. J'entends par «le concept de la mise en commun» le fait qu'il n'y a pas de différence de prime en raison de l'âge, du sexe, de l'état de santé ou du risque de santé possible. La seule restriction, c'est un délai de 12 mois pour toute affection préexistante avant l'inscription au régime. À la fin de ce

occur after joining. I think you can see from that that there is a very strong social component of the private sector in Australia, and it does link in quite well with the public sector.

The other interesting thing that has happened recently as a result of government stimulatory measures is that there has been a change in the demographics of the insured population. About one-third of people over 65 years of age — who are the highest users of health services — are now insured, but the government has introduced several policies that are aimed at increasing participation by younger people. Therefore, although the overall number of over-65s has increased in the last 12 months they now represent a lower proportion of the total insured population.

We would hope that will lead to premium stability in future years because until the government incentive package was introduced, the insurance system suffered from adverse selection and declining participation. Good risks were leaving and opting to take advantage of their medicare entitlement — that is, free access to public hospitals — while bad risks were remaining insured and, of course, that was driving up the cost of health insurance.

I am happy to tell you about some of the other changes now, if you have the time. Otherwise, we can provide you with further information on those stimulatory measures at your leisure.

The Chairman: You said that people are “premium rated.” What do you mean by that?

Mr. Schneider: I said “community rated.” By community rating, we mean that everyone pays the same premium for the same level of benefit unlike in the United States, or even in the United Kingdom, where premiums are risk-rated. That is, the insurer will decide what risks to expect from a particular demographic or what risks they might expect from a particular employment group. In our case, premiums must be at the same level for all people according to the level of benefit those people choose to buy.

The Chairman: That is clear.

Senator Morin: Mr. Schneider, what is the public reaction to what is in fact a government-subsidized two-tier system with private health insurance giving earlier access to elective services?

Mr. Schneider: It depends on which side of the political fence you sit. There are many people who strongly support the incentive arrangement.

I am not sure that I quite agree that it is a two-tier system because lower income people are able to take advantage of it. Their premiums are subsidized as are everyone's. Certainly they do have more convenience of access. However, in political terms, the fact that people are able to access private services at a price has meant that some of the problems in relation to funding pressures on the public sector are reduced.

délai de 12 mois, les prestations s'appliquent pleinement à cette affectation préexistante et à tout trouble qui se développe à la suite de l'inscription au régime. Vous pouvez constater que le régime d'assurance-santé privé australien comporte un volet social très fort et travaille de pair avec le régime public.

De plus, en raison des encouragements gouvernementaux, on constate dernièrement un changement démographique parmi la population des abonnés. Environ un tiers des gens ayant 65 ans et plus — c'est-à-dire la tranche de la population ayant le plus grand recours aux services de santé — souscrivent maintenant au régime d'assurance, mais le gouvernement vient de présenter plusieurs politiques visant à augmenter la participation des plus jeunes. Quoique le nombre des abonnés ayant plus que 65 ans ait augmenté depuis les 12 derniers mois, ce groupe représente maintenant un pourcentage plus faible du nombre d'abonnés.

Nous espérons que cette situation apportera une stabilité des primes dans les années à venir parce que, avant l'introduction des encouragements gouvernementaux, le régime d'assurance souffrait en raison d'un marché trop restreint et décroissant. Les bons risques quittaient en faveur du régime public, c'est-à-dire l'accès gratuit aux hôpitaux publics — tandis que les moins bons risques souscrivaient toujours au régime privé et, bien sûr, cette situation faisait grimper les tarifs de l'assurance-santé.

Si vous avez du temps, je serai heureux de vous mettre au courant des autres changements. Sinon, nous pouvons vous fournir de plus amples renseignements en ce qui concerne ces encouragements plus tard.

Le président: Vous avez dit que tout repose sur le concept de la mise en commun. Qu'est-ce que vous entendez par cela?

M. Schneider: La mise en commun est un système où tout le monde paie la même prime pour la même protection, contrairement aux États-Unis ou bien au Royaume-Uni, où la prime est établie en fonction du risque. C'est-à-dire, c'est l'assureur qui décide quel risque représente un groupe démographique particulier ou un groupe professionnel particulier. Dans notre cas, les primes sont pareilles pour tout le monde, compte tenu du degré de protection qu'ils choisissent.

Le président: C'est clair.

Le sénateur Morin: Monsieur Schneider, comment le public réagit-il à ce système, qui est essentiellement un système à deux vitesses subventionné par le gouvernement et où le régime d'assurance-santé privé offre un accès plus rapide aux services non urgents?

M. Schneider: Cela dépend de quel côté de la clôture politique vous vous trouvez. De nombreuses personnes appuient fermement les encouragements du gouvernement.

Je ne conviens pas tout à fait qu'il s'agit d'un système à deux vitesses, parce que les citoyens à faible revenu peuvent y souscrire. Leurs primes, tout comme les primes de tout le monde, sont subventionnées. Il est vrai que l'accès aux services est plus rapide. Cependant, sur le plan politique, le fait que les gens peuvent maintenant, moyennant un prix, avoir accès aux services privés a diminué certains problèmes de financement du secteur public.

We will always find the public sector, the political level and the industrial level seeking more money — which is not an unnatural thing for them to do. However, if one looked at the system objectively, one would have to say that it does work with reasonable equity. I think at least 45 per cent of the population is taking advantage of it. Everyone likes the system even if they do not actually use it. Some people will not be insured, but they like to know that there is an insurance system in place.

The Chairman: Would anybody in Canberra like to comment on Mr. Schneider's remarks?

Dr. Roger Kilham, Australian Medical Association: There are several points I would like to make reflecting on the things that Mr. Schneider said. One thing that is important to understand when looking at private health insurance in Australia is that it is not really a stable system. We do not have bipartisan political support for the system as it stands. We have a long history of governments of either persuasion pushing the pendulum backwards and forwards; one side of government preferring to emphasize public sector insurance and public sector provision of services, and the other side preferring to emphasize the private sector.

It is also important to understand that the major political parties in Australia fight hard over the middle ground, so this pendulum goes backwards and forwards within a narrow range. We do not completely change the health financing system, but we do regularly change the private insurance system.

Were there to be a change of government at the end of this year, it is almost certain that the subsidies and arrangements that have been put in place during the term of this government would again be altered. The subsidies would be reduced and the level of private health insurance coverage in Australia would begin to decline. We do not have bipartisan political support for this system. It is not stable.

The Australian public likes to be able to game the system. We have the situation where you are entitled to take out private health insurance but not obliged to use it. So our citizens will cheerfully go up and use the public sector when it is free and accessible. If one has a heart attack or cancer or something like that, the public sector provides very good care. Therefore, the tendency is to sign in as a public patient. For selective surgery, there are long queues in the public sector, so people will then choose to use their private health insurance.

There is a lot of ambiguity about the system. Frankly, both the public and the government seem to like that ambiguity. It gives people lots of places to duck, weave, and hide.

Senator Keon: That raises an interesting situation. Have you noticed any difference in intervention rates in the public and private sector, particularly in the grey zone? By that, I mean as it relates to screening tests such as MRIs, or in cardiology interventions or cardiac surgical interventions. Are your rates of

Vous constaterez que les pouvoirs publics et le secteur d'activité sont toujours à la recherche d'argent, ce qui est naturel pour ces milieux. Toutefois, on doit admettre objectivement que cet état de choses fonctionne avec une relative équité. Au moins 45 p. 100 de la population en profite. Tous les citoyens aiment le système même s'ils n'y participent pas tous. Ils ne sont pas tous assurés, mais ils aiment bien savoir que ce régime d'assurance est là s'ils veulent s'en prévaloir.

Le président: Nos invités de Canberra voudraient-ils réagir à ce qu'a dit M. Schneider?

Dr Roger Kilham, Association médicale de l'Australie: J'aimerais réagir à plusieurs choses que j'ai entendues. Il faut comprendre que l'assurance-santé privée en Australie n'est pas un régime stable. Le système actuel ne bénéficie pas de l'appui de tous les partis. De tout temps, nos gouvernements de toutes les allégeances ont poussé le pendule dans un sens comme dans l'autre, une partie du gouvernement préférant favoriser l'assurance publique et les services assurés par le secteur public et l'autre préférant favoriser le secteur privé.

Il faut aussi comprendre que les grands partis politiques d'Australie se disputent farouchement le milieu de l'éventail politique, et — par conséquent —, le pendule peut bien osciller dans un sens comme dans l'autre, la bande d'oscillation reste assez étroite. Autrement dit, nous ne changeons pas de fond en comble notre système de financement de la santé, mais nous modifions régulièrement l'assurance-santé privée.

Si le gouvernement devait être remplacé par un autre à la fin de l'année, il est presque assuré que les ententes conclues par le gouvernement sortant et les subventions seraient modifiées encore une fois. Les subventions pourraient être réduites et la panoplie de soins assurés par l'assurance privée en Australie pourrait commencer à rétrécir. Chez nous, ce système n'est pas soutenu par tous les partis politiques bipartisans et il est instable.

Les Australiens aiment pouvoir tirer parti du système. Chez nous, on a le droit de souscrire à l'assurance-santé privée, sans s'en prévaloir. Nos concitoyens ont allégrement recours au secteur public lorsque celui-ci est gratuit et accessible. Ainsi, celui qui fait une crise cardiaque ou a un cancer ou une autre maladie, peut obtenir d'excellents soins dans le secteur public. Par conséquent, il a tendance à s'inscrire au régime public. Mais celui qui attend une intervention chirurgicale non urgente choisira, s'il veut éviter les longues attentes du secteur public, de faire valoir son assurance-santé privée.

Notre système est très ambigu. À vrai dire, et la population et le gouvernement se plaisent dans cette ambiguïté, car elle permet de contourner, de se défiler et de se cacher.

Le sénateur Keon: Cela soulève une question intéressante. Avez-vous remarqué s'il y avait une différence dans le nombre d'interventions entre le privé et le public, particulièrement dans la zone grise que représentent les tests de dépistage tels que l'imagerie par résonance magnétique, par exemple, ou les

intervention per 100.000 people higher in the private sector than in the public sector?

Dr. Kilham: The answer is yes, simply because there is more rationing in the public sector. People do not get access. It is very common to meet someone who has waited five years to get a hip replacement or even longer for a knee replacement. There is a lot of rationing in the public sector. We call private health insurance "queue-jumping insurance." Basically, it buys a place further up the queue. That is the reality and that is why people like it. They can jump queues if they have the money to do so.

Part of the difficulty in answering your question is that the public and private hospital systems do different things. They do not have the same caseload. It is very hard to match the two and to work out whether or not the rates of intervention are different. It is difficult to tell whether they are coming from the same demographic. Studies everywhere show that people who are wealthy and highly educated will have better health status. They know more about how to preserve their health. People at the bottom of the pile — the illiterate and the unemployed — for example, are more likely to smoke or to drink heavily and so to damage to their health.

It is hard to unravel all these different influences. I really do not know if there are any different rates of intervention at all. I will say that there is more rationing now in the private sector than there are used to be.

Dr. Madden: With regard to the two-tier system, the people are not split in two tiers, but there are two systems. If we look at intervention rates, we are not talking about two distinct population groups. People at all levels of income are using both systems.

I wanted to make two comments following on Mr. Schneider's comments. First, we do not yet have data on the changes in the public-private mix since the lifetime health coverage was introduced one year ago. We will not have that data on a national basis for another year, so we do not yet know what has happened to overall demand. We can get an idea of activity in the private sector. We will not know for a while whether overall demand has increased, as we would expect with more money being pumped into the health system with the normal principles of health economics. It is hard to tell what the position is.

Second, in Australia we see a lot of political changes as Dr. Kilham just described. Governments come and go. The system changes a lot but it stays very much the same at the delivery end.

Over a long period, the Commonwealth government has provided about 45 per cent of the funding of the Australian system. The states provide about 22 or 23 per cent. The private sector covers about 30 per cent. That has been the case for about the past 10 years. These numbers move by a couple of percentage

interventions en cardiologie et les chirurgies cardiaques? Les taux d'intervention par 100 000 habitants sont-ils plus élevés dans le privé que dans le public?

Dr Kilham: Oui, mais simplement parce qu'il y a plus de rationnement dans le secteur public et que l'accès y est limité. Il est très courant de rencontrer quelqu'un qui a attendu cinq ans pour se faire remplacer la hanche ou même plus longtemps pour se faire remplacer le genou. Il y a beaucoup de rationnement dans le secteur public: chez nous, nous appelons l'assurance privée une «assurance-resquillage». Autrement dit, elle vous fait gagner des places. Voilà pourquoi elle est appréciée par les gens: ils savent qu'ils peuvent avancer plus vite que les autres, dans la mesure où ils en ont les moyens financiers.

Si je ne réponds pas directement à votre question, c'est parce que les systèmes hospitaliers public et privé jouent des rôles différents et n'ont pas la même charge. Il est très difficile de comparer les deux et d'établir qu'il y a une différence entre les deux rythmes d'intervention. De plus, il est malaisé de dire si les chiffres s'appliquent à une même couche de population. En effet, toutes les études démontrent que les riches et les plus instruits sont en meilleure santé, car ils savent mieux que les autres comment rester en santé. Par contre, ceux qui sont au bas de l'échelle sociale — les analphabètes et les chômeurs — ont tendance à être de grands fumeurs et de grands buveurs et donc à être en mauvaise santé.

Il est difficile de démêler toutes ces diverses influences et je ne puis vraiment dire s'il y a une différence entre le nombre d'interventions. Ce que je puis dire, c'est qu'il y a plus de rationnement aujourd'hui dans le secteur privé qu'auparavant.

Dr Madden: Pour ce qui est d'un système à deux vitesses, sachez que la population n'est pas partagée entre les deux régimes. Si l'on regarde les taux d'intervention, on ne peut pas parler de deux couches distinctes de la population puisque les citoyens, peu importe leur revenu, ont recours aux deux systèmes.

Je voudrais ajouter deux choses à propos de ce qu'a dit M. Schneider. D'abord, nous n'avons pas encore colligé de données sur les changements survenus dans la proportion entre le public et le privé, depuis l'introduction il y a maintenant un an de l'assurance-santé à vie. Il nous faudra encore une année avant d'avoir toutes les données nationales. Nous ne saurons pas comment aura évolué la demande globale, mais nous pouvons avoir une idée de l'activité dans le secteur privé. Nous ne saurons pas avant un certain temps si la demande globale a augmenté, comme on pourrait s'y attendre avec une injection accrue de fonds dans le système de santé suivant les principes normaux de l'économie de la santé. Il est difficile de dire où nous en sommes.

En deuxième lieu, l'Australie a vécu beaucoup de changements politiques, comme le signalait M. Kilham. Les gouvernements vont et viennent: le système change beaucoup, mais il ne change pas tant que cela dans la prestation des soins.

Sur une longue période, le gouvernement du Commonwealth a fourni environ 45 p. 100 du financement du système de santé en Australie, alors que les États en ont fourni 22 p. 100 à 23 p. 100, et le secteur privé 30 p. 100 environ. C'est en tout cas ce qui s'est passé au cours des dix dernières années. Ces chiffres peuvent bien

points but they seem to come back in cycles. While there is a lot of change and heat in it, it is a remarkably stable system that we have.

Dr. Brian Richards, Health Insurance Commission, Australia: I have two observations on the discussion so far. First, I will look at medical services provided in the community and, second, medical services provided in hospitals.

In the community, private health insurance does not come into play. Medical services are provided by doctors, whether general practitioners, family physicians or specialists. Consulting patients on an outpatient basis is covered by medicare, Australia's universal tax-funded health insurance system. Whether or not a patient has private health insurance makes no difference to the way in which a doctor charges or the rate that is available to the patient. Effectively, the Health Insurance Commission administers medicare, which sets medical service rebates at 85 per cent of a scheduled fee.

A practitioner has a choice — basically complete freedom — to charge whatever fee that practitioner determines to be appropriate in the circumstances, but the rebate is the same for all Australians. For a disadvantaged patient, for example, the practitioner could choose to charge just at the level of the rebate — that is 85 per cent of the government scheduled fee — or they could charge a fee higher than that if they so choose and if the patient chooses to attend them. Private health insurance does not pay the gap between the rebate and the fee charged by the doctor for an out-of-hospital service.

Under medicare, doctors can choose to directly bill, or the patient can choose to assign the benefit directly to the doctor in what is called "direct billing" or colloquially called "bulk billing." In those circumstances, where the doctor agrees to receive the rebate directly from the Health Insurance Commission, the doctor is unable to charge a gap. However, if the doctor chooses to charge a gap payment above the level of the rebate, they must bill the patient first and then the patient is responsible for the gap and claiming the rebate from medicare.

Turning to the hospital system, the medicare system provides free public hospital care to all Australians who are eligible for that service. They must be Australian citizens or visitors from countries with which Australia has a reciprocal health care agreement. When a patient enters a public hospital and elects to be a public patient, no charges are levied. So all medical services and the cost of the hospital visit and any associated tests are paid for by the public system.

A patient entering a public hospital can also elect to be a private patient. Under those arrangements, the private health insurance that we discussed earlier comes into effect. Then the private health insurance pays for the accommodation charges of the hospital up to an amount determined in the benefits schedule

bouger de un ou deux points de pourcentage, mais on parcourt toujours les mêmes cycles, semble-t-il. Malgré les changements et les soubresauts, c'est néanmoins un système remarquablement stable.

Dr Brian Richards, Health Insurance Commission, Australie: Je voudrais faire deux observations là-dessus. D'abord, je vais aborder les services médicaux dispensés dans la collectivité et en deuxième lieu, les services médicaux dispensés dans les hôpitaux.

Dans les collectivités, l'assurance-santé privée n'entre pas en jeu. Les services médicaux sont fournis par les médecins, qu'ils soient des généralistes, des médecins de famille ou des spécialistes. Les patients qui viennent les consulter dans leurs cliniques sont assurés par notre régime d'assurance de soins médicaux, qui est notre système universel d'assurance-santé financé par les impôts. Il importe peu qu'un patient ait souscrit ou non à de l'assurance-santé privée: le médecin facturera le même tarif à l'un comme à l'autre. En effet, la Commission d'assurance-santé administre notre régime d'assurance-santé qui fixe le remboursement des services médicaux à 85 p. 100 des tarifs inscrits sur le barème de remboursement.

Le médecin a les coudées franches et peut facturer tout tarif qui lui semble convenir dans les circonstances, même si son remboursement est le même pour tous les Australiens. Dans le cas d'un patient démuné financièrement, le médecin pourrait choisir de lui facturer ses services au niveau du remboursement — soit 85 p. 100 du tarif inscrit au barème du gouvernement — ou pourrait facturer à un tarif plus élevé, dans la mesure où le patient choisit d'avoir recours à ses services. Le régime d'assurance-santé privé ne couvre pas l'écart entre le remboursement et le tarif fixé par le médecin qui dispense ses services à l'extérieur de l'hôpital.

En vertu de notre régime d'assurance de soins médicaux, les médecins peuvent choisir de facturer directement le régime, ou le patient peut choisir la facturation directe, c'est-à-dire que le remboursement est envoyé directement au médecin. Dans ces circonstances, c'est-à-dire lorsque le médecin accepte de recevoir le remboursement directement de la Commission d'assurance-santé, le médecin ne peut alors réclamer la différence dans les coûts. Toutefois, si le médecin choisit de facturer son client au-delà du montant du remboursement, il doit d'abord facturer le patient qui devra, à son tour, assumer la différence dans le tarif.

Passons maintenant au régime hospitalier: le régime d'assurance de soins médicaux garantit à tous les Australiens qui y ont droit, les soins hospitaliers publics gratuits. Nous parlons ici de citoyens australiens ou de visiteurs provenant de pays avec lesquels l'Australie a conclu des ententes réciproques de soins de santé. Lorsqu'un patient est admis dans un hôpital public et choisit d'être un patient public, aucuns frais ne lui sont facturés. Tous les services médicaux et le coût de son séjour à l'hôpital, de même que tous les tests connexes, sont assumés par le système public.

Un patient qui est admis à un hôpital public peut aussi choisir d'être un patient en vertu d'un régime privé. En vertu de ces dispositions, le régime privé d'assurance-santé dont nous avons parlé plutôt intervient. Le régime d'assurance-santé privé paie alors les frais de séjour à l'hôpital jusqu'à concurrence d'une

of the insurer. For the medical services, medicare still pays 75 per cent of the scheduled fee. The private health insurance for services rendered in hospital to private patients will pay up to 100 per cent of the scheduled fee.

However, doctors treating private patients in public or private hospitals are free to charge a fee above the scheduled fee. In most circumstances, the patients are liable for the gap between the scheduled fee and the fee charged by the doctor.

The Chairman: Mr. Schneider, do you want time for a rebuttal? We are happy to give you a minute, and then we will move on.

Mr. Schneider: Actually, I did not want to rebut anything that was said, but I wanted to make a comment in relation to the fact that private health insurance is restricted to in-hospital services. I come back to an earlier question about intervention rates. One of the difficulties is that all non-hospital medical treatment is funded by a single source, which is the government, and possibly a patient care payment. Health insurance does not apply to non-hospital medical treatment.

That leads to some perverse incentives within the system, because from both the doctor's point of view and the patient's point of view, the level of rebate for a particular service will be greater if that service is performed in an in-hospital setting, than if that same service were performed outside the hospital. That could probably be a criticism of our system.

It also makes it difficult for insurers to exercise effective cost-containment by the support of primary care interventions, or primary care treatment, for their populations. Consequently, there is a defect in the system. This is a very politically controversial statement, but we would achieve a better health care system if we were able to redirect the energies of the private sector and the public sector into primary care interventions, rather than funding high-cost, high-tech hospitalization, which is where insurers are confined at the moment.

That has put both cost pressures and demand pressures on the system. That is the comment I wanted to make — that the insurers are currently locked behind the hospital gate and that is a defect in the system overall.

Senator LeBreton: How is the tax-funded health insurance system funded? Is it levied on individual taxpayers? I read that it was levied on the taxable income of the taxpayer. If that is the case, what is the levy? What happens to people who are unemployed or who have no taxable income?

Dr. Richards: There is a medicare levy that is a surcharge on the tax paid by taxpayers in Australia. It is set at 1.5 per cent of taxable income. First, it is only paid by people who pay tax.

somme déterminée dans la liste des services assurés par l'assureur. Pour ce qui est des services médicaux, l'assurance-santé publique paie quand même 75 p. 100 de l'honoraire régulier. Le régime privé d'assurance-santé paie jusqu'à 100 p. 100 de l'honoraire régulier pour les services rendus dans un hôpital à des patients privés.

Cependant, les médecins qui traitent des patients privés dans des hôpitaux publics ou privés sont libres de demander un honoraire supérieur à l'honoraire régulier. Dans la plupart des cas, les patients sont tenus de payer l'écart entre l'honoraire régulier et l'honoraire demandé par le médecin.

Le président: Monsieur Schneider, voulez-vous du temps pour répliquer? Nous serons heureux de vous accorder une minute, après quoi nous passerons à autre chose.

M. Schneider: En fait, je ne veux rien réfuter de ce qui a été dit, je veux seulement ajouter que le régime privé d'assurance-santé s'applique seulement aux services rendus à l'hôpital. Je reviens à une question posée au sujet des taux d'intervention. L'une des difficultés provient du fait que tous les traitements médicaux subis en dehors d'un hôpital sont financés à même une source unique, c'est-à-dire par le gouvernement, et peut-être aussi par un paiement pour les soins aux patients. L'assurance-santé ne s'applique pas aux traitements médicaux obtenus en dehors d'un hôpital.

Cela peut mener à des incitatifs absurdes au sein du système, car tant du point de vue du médecin que de celui du patient, le niveau de remise pour un service donné sera plus élevé si ce service est rendu dans un établissement hospitalier, que si le même service est rendu en dehors de l'hôpital. C'est probablement une critique qu'on pourrait formuler au sujet de notre système.

Il en découle aussi qu'il est difficile pour les assureurs d'essayer de limiter efficacement les coûts en contribuant aux interventions de soins primaires, ou aux traitements de soins primaires, pour leur population. Par conséquent, il existe une imperfection dans le système. Ce que je dis suscite beaucoup de controverse politiquement, mais nous aurions un bien meilleur système de soins de santé si nous pouvions réorienter les énergies du secteur privé et du secteur public vers des interventions de soins primaires, plutôt que vers le financement de services hospitaliers coûteux, à haute technologie, auxquels sont limités les assureurs pour le moment.

Il en résulte des pressions sur le système, tant sur le plan des coûts que de la demande. C'est ce que je tenais à dire — que les assureurs sont actuellement confinés à l'intérieur des hôpitaux et que c'est une imperfection dans l'ensemble du système.

Le sénateur LeBreton: Comment finance-t-on le régime d'assurance-santé à même le système fiscal? Prélève-t-on un impôt auprès de chaque contribuable? J'ai lu qu'il était prélevé sur le revenu imposable des contribuables. Dans ce cas, quel est le montant de l'impôt? Que se passe-t-il dans le cas des chômeurs ou de ceux qui n'ont pas de revenu imposable?

Dr Richards: Il y a un impôt pour l'assurance-santé qui est une surtaxe ajoutée à l'impôt payé par les contribuables en Australie. Le taux est fixé à 1,5 p. 100 du revenu imposable. Premièrement,

People on low incomes, who fall below a specific tax threshold, do not pay the medicare levy but they are entitled to full services under the medicare scheme.

Second, the medicare system is not funded — an understatement — by the medicare levy, but it is supplemented significantly by general tax revenue.

Dr. Kilham: We are looking a bit under \$5 billion from the medicare tax levy; about \$25 billion federal government expenditure on health; and over \$50 billion national expenditure on health. The medicare levy pays for about 8 per cent of the nation's health bill.

Dr. Madden: It is just another tax.

Mr. Russel Schneide: The levy was originally introduced when the medicare system was introduced in 1983. It was intended to fund the additional costs of the program, not the entire costs of the program. It was more a symbol of the existence of medicare and still is really a symbol.

The Chairman: Please, tell us who is speaking, because our Hansard will be difficult to understand.

Mr. Schneider: This is Russell Schneider from the Health Insurance Association.

Senator LeBreton: The 1.5 per cent figure was introduced in 1983 and it has not changed. Is there any chance that it will change, or will it eventually be removed? You used the figures of \$5 billion from the tax levy and \$25 billion from general tax revenues. Is there any view that that will change?

Dr. Richards: Over a number of years, it has been increased from 1 per cent to 1.5 per cent. Those changes only come every few years. Probably there is no current thinking about changing it, because governments have been more concerned in recent years to deliver tax cuts to people than tax increases. That has only been the practice of our current government.

There is a medicare levy surcharge for high-income earners who do not have private health insurance. Those people pay a rate of 2.5 per cent of taxable income. That is what we call the "sticks and carrots" approach to enticing people to own private health insurance. That is one of the sticks. Another stick is something that Mr. Schneider mentioned earlier: Once you are over the age of 30, you will pay more for your private health insurance. That is a disincentive for people to wait until they are in their 50s to take out private health insurance.

Dr. Tony Adams, Professor of Public Health, National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University: I should say, on behalf of the Public Health Association that the members have been very concerned about the recent moves in the last year or so, which Russell described, to push people with carrots and sticks into private health insurance.

il est payé seulement par ceux qui paient des impôts. Les personnes à faible revenu, qui sont en deçà d'un seuil d'impôt spécifique, ne paient pas l'impôt pour l'assurance-santé, mais elles ont droit à tous les services prévus dans le régime d'assurance-santé.

Deuxièmement, le régime d'assurance-santé n'est pas financé — c'est le moins qu'on puisse dire — par l'impôt prélevé pour l'assurance-maladie, car il y a un écart important à combler, à même les recettes fiscales générales.

Dr Kilham: L'impôt prélevé pour l'assurance-santé totalise à peine cinq milliards de dollars, tandis que le gouvernement fédéral consacre environ 25 milliards de dollars à la santé, et les dépenses nationales en matière de santé dépassent 50 milliards de dollars. L'impôt prélevé au titre de l'assurance-santé paie environ 8 p. 100 de la note totale pour le pays en matière de santé.

Dr Madden: C'est seulement une autre taxe.

M. Russel Schneider: L'impôt a été instauré au moment de la création du régime d'assurance-santé en 1983. Il devait payer les coûts supplémentaires du programme, et non les dépenses totales. C'était davantage un symbole de l'existence de l'assurance-santé et c'est encore vraiment un symbole.

Le président: Je demande à l'intervenant de se nommer, car autrement il sera difficile de comprendre le compte rendu de nos délibérations.

M. Schneider: Je suis Russell Schneider et je représente la Health Insurance Association.

Le sénateur LeBreton: Le taux de 1,5 p. 100 a été instauré en 1983 et il n'a pas changé. Est-ce qu'il y a une possibilité qu'il change, ou l'éliminera-t-on un jour? Vous avez dit que 5 milliards de dollars provenaient de l'impôt prélevé pour l'assurance-santé et que 25 milliards de dollars provenaient des recettes fiscales générales. Prévoit-on que cela changera?

Dr Madden: Sur une période de quelques années, on a fait passer le taux de 1 p. 100 à 1,5 p. 100. Ces changements surviennent seulement à quelques années d'intervalle. On n'envisage sans doute pas en ce moment de modifier le taux, parce que les gouvernements cherchent plutôt depuis quelques années à réduire les impôts des contribuables plutôt qu'à les augmenter. C'est ce que notre gouvernement actuel a fait.

Les contribuables à revenu élevé qui n'ont pas d'assurance-santé privée doivent payer une surtaxe. Ils doivent payer 2,5 p. 100 de leur revenu imposable. C'est ce que nous appelons l'approche de la carotte ou du bâton, que nous utilisons pour encourager les gens à adhérer au régime privé d'assurance-santé. C'est l'un des bâtons. Il y a un autre bâton que M. Schneider a mentionné tout à l'heure: une fois qu'on dépasse 30 ans, on doit payer davantage pour l'assurance-santé privée. Cela décourage les gens d'attendre la cinquantaine pour adhérer au régime privé d'assurance-santé.

Dr Tony Adams, professeur, Santé publique, National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University: Je dois dire, au nom de la Public Health Association, que nos membres sont fort préoccupés par les mesures prises au cours de la dernière année environ, pour encourager les gens à adhérer au régime privé d'assurance-santé,

They feel that this may be a political move to undermine the government-supported medicare system. There was quite a vociferous thing about that, at the same time saying that the money being spent pushing people into private health insurance — getting up to 45 per cent — could have been better spent in updating some of the public hospitals around the country.

Senator LeBreton: That sounds familiar.

Dr. Richards: From a government point of view, there are no sticks, only carrots. However, a large carrot can sometimes appear to be a stick.

Senator Graham: Thank you. I would like to talk first about comparative administrative costs. As you probably know, Canada has what we might call a "single pair system" in the sense that publicly insured health services are financed totally by the government. I understand that Australia's system involves several pairs or multiple pairs for health care. There are those who contend that a single pair system in Canada allows for lower administrative costs linked to health care insurance. Can you tell us what proportion of total health care spending in Australia is devoted to administrative costs?

Mr. Schneider: It is roughly 4 per cent of the health insurance commission's total costs, or administrative costs. The Health Insurance Commission can correct me if I am wrong on that figure. Private health insurance is about 9 per cent, depending on the individual fund.

While the Health Insurance Commission's 4 per cent looks very good, the cost of collection is picked up by the taxation office and the cost of administering the public hospital system is picked up by state governments; and those figures tend to be obscured.

In fact, the administrative costs of the states are never mentioned when we talk about the administrative costs from the medicare program. Concentration on administrative costs misses some of the points about health care funding. Even at 10 or 15 per cent of the total cost, administration still represents a far smaller component of your total health bill than, for instance, avoidable injuries in hospital. Rather than concentrate on administration costs alone, we would get a better bang for our buck if we looked at the other areas of cost and payment within the health care system rather than health administration costs per se.

Dr. Richards: I do not dispute anything that Mr. Schneider has just said. The Health Insurance Commission's administrative costs are probably lower than 4 per cent. The administrative budget is just under \$400 million per year and we pay out rebates of the order of \$13 billion per year.

The advantages of the economy of scale that we have by being sort of a large national government insurer are largely on the transaction costs of the payment of rebates, just simply through economies of scale and through the appropriate leverage of information technologies.

comme Russell l'a dit. Ils estiment qu'il s'agit peut-être là d'une manœuvre politique pour saper le régime d'assurance-santé financé par le gouvernement. On a beaucoup protesté à ce sujet, et l'on a dit que l'argent dépensé pour encourager les gens à adhérer au régime privé d'assurance-santé — une aide financière pouvant aller jusqu'à 45 p. 100 — aurait pu être utilisé à meilleur escient pour moderniser certains des hôpitaux publics du pays.

Le sénateur LeBreton: Cette idée me semble familière.

Dr Richards: Du point de vue du gouvernement, il n'y a pas de bâtons, il y a seulement des carottes.

Le sénateur Graham: Merci. J'aimerais d'abord parler des coûts administratifs comparatifs. Comme vous le savez probablement, le Canada a ce que nous appelons un système à payeur unique, en ce sens que les services de santé assurés par l'État sont financés totalement par le gouvernement. Je crois savoir que le système de l'Australie comporte plusieurs payeurs pour les soins de santé. Certains soutiennent que le système à payeur unique au Canada permet de réduire les coûts administratifs liés à l'assurance-santé. Pouvez-vous nous dire quelle proportion des dépenses totales au titre des soins de santé en Australie est consacrée aux coûts administratifs?

M. Schneider: Les coûts administratifs représentent environ 4 p. 100 du coût total de la Commission d'assurance-maladie. Le représentant de la Health Insurance Commission peut me dire si ce chiffre n'est pas bon. Dans le cas de l'assurance-santé privée, les coûts représentent environ 9 p. 100, mais ils peuvent varier d'un régime à l'autre.

Le taux de 4 p. 100 pour la Health Insurance Commission paraîtrait bon, mais le coût de la perception est assumé par les services de l'impôt et le coût d'administration du système d'hôpitaux publics est assumé par les gouvernements d'État, de sorte que ces chiffres ne sont pas tout à fait clairs.

En réalité, les coûts administratifs pour les États ne sont jamais mentionnés lorsque nous parlons des coûts administratifs du programme d'assurance-santé. Quand on se concentre sur les coûts administratifs, on laisse de côté certains éléments du financement des soins de santé. Même si l'administration compte pour 10 ou 15 p. 100 du coût total, cela représente un élément bien plus petit du coût total des soins de santé que, par exemple, les blessures évitables dans les hôpitaux. Au lieu de nous concentrer uniquement sur les coûts d'administration, il serait bien préférable d'examiner d'autres éléments de coût et de paiement dans le cadre du régime de soins de santé.

Dr Richards: Je ne conteste rien de ce que M. Schneider vient de dire. Les coûts administratifs de la Health Insurance Commission sont probablement inférieurs à 4 p. 100. Le budget d'administration est d'un peu moins de 400 millions de dollars par année et nous versons des remises de l'ordre de 13 milliards de dollars par année.

Les avantages de l'économie d'échelle dont nous profitons parce que nous sommes un grand assureur gouvernemental national se situent principalement dans les frais de transaction du paiement des remises, simplement grâce aux économies d'échelle et à l'utilisation des bonnes technologies d'information.

Like Mr. Schneider, I would focus not so much on the administrative costs of the system where there are multiple payers, but on the perverse incentives for cost shifting between the different insurers — even between commonwealth and state governments that has become something of an art form.

Dr. Carmel Martin, Director, Australian Medical Association: I would like to support that. We cannot plan and deliver health care in a continuum because of the constant shifting from program to program. This is a major source of frustration to our doctors. As well, this is a great concern when you look at the relationship between the public hospital sector and the aged care sector. There is gross exhaustion of the way doctors work in public hospitals because we are not well-coordinated with our public hospital sector.

There is a problem in organization in terms of health outcomes, which causes great frustration.

Dr. Richards: It is unfortunate that the Commonwealth Department of Health Aged Care is not here this morning. It would be worth mentioning at this point the coordinated care trials that have been a joint activity between commonwealth and state governments. These trials arose out of what is called the Council of Australian Governments, which is the forum at which the prime minister and the premiers or chief ministers of our states and territories get together, where issues such as this cost shifting are discussed.

Dr. Martin and I, in our former lives, have cooperated in one round of these coordinated care trials. These effectively involve the pooling of funds from a variety of sources, particularly from commonwealth and state programs into a fund pool, with care planning around the needs of individuals and reallocation of funds outside the boundaries of the programs from which the funds originated.

A second round of these coordinated care trials is scheduled to commence later this year to further explore pool funding models to get around some of these issues of cost shifting.

Dr. Martin: While the trials around fund pooling and different models of care in the local community setting are valued, I am not sure that they actually provide an answer to our structural problem. In a sense, what they are doing currently on a trial basis is setting up another layer of administration.

You have money administered from various funded sources, then have you another administration that pools it all together and administers it locally. While trials are developing good models of local care, we still have to overcome our commonwealth-state funding issue through the trials.

Dr. Madden: On your question about administrative costs, I will go back to our databases and tell you what we can.

Comme M. Schneider, je ne veux pas mettre autant l'accent sur les coûts d'administration du système dans le cas où il y a plusieurs payeurs, et je préfère parler des incitatifs absurdes aux transferts de coûts entre les différents assureurs — même entre le gouvernement du Commonwealth et ceux des États, et on en est venu à exceller dans ce domaine.

Dr Carmel Martin, directeur, Association médicale de l'Australie: Je suis d'accord. Nous ne pouvons pas planifier et dispenser des soins de santé d'une manière continue, à cause des transferts constants d'un programme à l'autre. C'est une grande source de frustration pour nos médecins. De plus, quand on regarde les rapports entre le secteur des hôpitaux publics, le secteur des États, on est fort préoccupé de voir les médecins débordés de travail dans les hôpitaux publics, parce que nous n'avons pas une bonne coordination avec notre secteur des hôpitaux publics.

Il y a un problème dans l'organisation, en ce qui concerne les résultats pour la santé, ce qui cause aussi beaucoup de frustration.

Dr Richards: Il est malheureux que le Commonwealth Department of Health Aged Care ne soit pas représenté ici ce matin. Il vaut la peine de mentionner ici les essais de soins coordonnés que les gouvernements du Commonwealth et des États ont entrepris conjointement. Ces essais sont le résultat de ce qu'on appelle le Conseil des gouvernements australiens, c'est-à-dire la tribune où le premier ministre du Commonwealth et les premiers ministres ou ministres principaux de nos États se réunissent, pour discuter de questions comme les transferts de coût.

Le Dr Martin et moi avons collaboré, dans une autre période de notre carrière, à l'une de ces séries d'essais de soins coordonnés. Il s'agit effectivement de regrouper les ressources financières provenant d'une variété de sources, particulièrement de programmes du Commonwealth et des États, dans une caisse commune, pour ensuite planifier les soins en fonction des besoins des gens et réaffecter des fonds à des activités extérieures au programme d'où provenaient les fonds en question.

Une deuxième série d'essais de soins coordonnés est censé commencer plus tard cette année afin d'explorer davantage des modèles de regroupement des fonds pour surmonter certains des problèmes causés par les transferts de coût.

Dr Martin: Les essais de regroupement des fonds et de différents modèles au niveau local sont louables, mais je ne suis pas sûr qu'ils fournissent une solution à notre problème d'ordre structurel. Dans un certain sens, on est en train de créer un nouveau palier d'administration, en effectuant ces essais.

Il y a de l'argent qui provient de diverses sources, puis un autre palier administratif regroupe ces fonds et les administre au niveau local. On y élabore de bons modèles pour les soins au niveau local, mais il nous faut encore surmonter notre problème de financement provenant du Commonwealth, dans le cadre de ces essais.

Dr Madden: En ce qui concerne votre question sur les coûts administratifs, je vérifierai nos bases de données pour vous donner les renseignements dont nous disposons.

Senator Graham: That would be wonderful if you could provide us with that information at your earliest convenience.

Dr. Madden: I will also advise what cardio-thoracic surgery costs the public and private sectors, as was mentioned earlier.

Senator Graham: We are very interested in preventive health programs. Could you tell us how much emphasis is placed on preventive health programs in Australia? Perhaps you might also tell us to whom this responsibility is assigned. Is it one level of government or a combination of various levels of government the private sector?

Dr. Adams: A mechanism was developed in 1996 in Australia to coordinate preventive public health programs across the country. It is called the National Public Health Partnership.

I do not know how the provinces in Canada get their act together to have national strategies for the HIV programs, mental health, injury prevention, cardiovascular disease and so forth. Like Canada, states have their different public health acts, legislation, with different training programs, the public health workforce people and varying strategies for these preventive programs.

Over the last 20 years, all states have been doing their own thing in terms of being concerned about the burden of disease that is causing greatest mortality or morbidity with cardiovascular incidence, cancer and so on.

In 1996, we decided to try and get some uniformity into that approach. We set up the National Public Health Partnership, which has its own secretariat. This is a federally funded secretariat. This secretariat reports to all the heads of the state and federal health departments on the strategies that have been developed. That secretariat has been remarkably successful. It has enabled the federal health department to fund more of these national strategies. In any part of the country you know what is happening in terms of survivor cancer screening, breast cancer screening, injury prevention and so on.

In Dr. Madden's excellent book there are many descriptions of the individual programs. As some of these are tackled, there are some national priorities areas built up on the "burden of disease" criteria where diseases or particular problems are added year-by-year. The latest one is the national asthma campaign, for example, and diabetes.

I do not have the figures in front of me about how much money goes into prevention. It is very small in terms of the total health budget. It used to be 2 to 4 per cent, but it is probably more than that. Certainly there is significant concern about doing more on prevention and particularly in an area that we have in common with Canada in the indigenous health area in terms of smoking, accidents and so on.

Le sénateur Graham: Ce serait merveilleux que vous puissiez nous fournir ces renseignements dès que vous le pourrez.

Dr Madden: Je vérifierai également combien coûtent les interventions chirurgicales cardio-thoraciques au secteur public et au secteur privé, comme quelqu'un l'a demandé tout à l'heure.

Le sénateur Graham: Les programmes préventifs nous intéressent beaucoup. Pourriez-vous nous dire quelle importance on accorde aux programmes préventifs en Australie? Vous pourriez peut-être aussi nous dire à qui est confié cette responsabilité. Est-ce un palier de gouvernement ou une combinaison de paliers de gouvernement, ou encore le secteur privé?

Dr Adams: En 1996, on a élaboré un mécanisme en Australie pour coordonner les programmes préventifs en santé publique dans le pays. On l'appelle le National Public Health Partnership.

J'ignore comment les provinces du Canada s'organisent pour qu'on ait des stratégies nationales de programmes concernant le VIH, la santé mentale, la prévention des blessures, les maladies cardio-vasculaires et d'autres. Comme au Canada, les États ont des lois distinctes sur la santé publique, ainsi que leurs propres programmes de formation pour les travailleurs du secteur de la santé publique, et diverses stratégies pour ces programmes de prévention.

Au cours des 20 dernières années, les États ont agi indépendamment, en ce qui concerne les maladies dominantes, c'est-à-dire celles qui causent le plus de mortalité ou de morbidité, comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer et d'autres.

En 1996, nous avons décidé d'essayer d'apporter une certaine uniformité dans tout cela. Nous avons établi le National Public Health Partnership, qui a son propre secrétariat. C'est un secrétariat financé par le gouvernement fédéral. Ce secrétariat présente à tous les chefs des ministères de la santé, au niveau des États et au niveau fédéral, les stratégies qu'on y a élaborées. Ce secrétariat a connu un succès remarquable. Il a permis au ministère fédéral de la santé de financer un plus grand nombre de ces stratégies nationales. On sait ce qui se passe dans toutes les régions du pays en ce qui concerne le suivi des personnes qui ont survécu au cancer, le dépistage du cancer du sein, la prévention des blessures et ainsi de suite.

On trouve dans l'excellent livre du Dr Madden plusieurs descriptions des divers programmes. Au fur et à mesure de l'élaboration de ces stratégies, on établit des secteurs de priorités à l'échelle nationale en fonction du critère des «maladies dominantes», c'est-à-dire qu'on ajoute d'une année à l'autre des maladies ou des problèmes particuliers. Le cas le plus récent est la campagne nationale de lutte contre l'asthme, par exemple, et il y a aussi celle qui porte sur le diabète.

Je n'ai pas sous les yeux le montant des sommes investies dans la prévention. C'est une partie très infime du budget total de la santé. C'était de 2 à 4 p. 100, mais c'est probablement davantage aujourd'hui. On veut certainement faire plus du côté de la prévention, particulièrement dans un secteur que nous avons en commun avec le Canada, c'est-à-dire dans celui de la santé des autochtones, en ce qui concerne le tabagisme, les accidents et d'autres problèmes.

Dr. Madden: The Australian Institute of Health and Welfare is an observer of that public partnership. I attend their meetings. The point I want to make is that there is good collaboration across commonwealth, state and territory governments in that group.

We talked before about the difficulties in our split system. In areas such as public health and importantly in the information sector, there is good collaboration in Australia with formal agreements across all the governments that have survived many changes of government and administrations to date.

We do have ways of cooperating. It takes work and involves difficulty with travel expense and so on, but we do have national focuses on a whole range of key health issues.

Dr. Martin: We are not spending enough in this area. While we are setting up an excellent infrastructure — the National Public Health Partnership, in coordinating our program — certainly from the perspective of the AMA, we very much underspend, particularly on indigenous health. We have found that we are underfunding indigenous health care by about \$245 million annually. We are also not earning enough money on tobacco, alcohol and other drugs. We have the opportunity to increase our taxation revenues and improve our preventive care in this area, which we are not taking the opportunity to do.

Senator Morin: I would like to come back to indigenous or Aboriginal health. As you know, in Canada, this is a serious problem — possibly the most serious health problem we have in our country. It is costing us a lot of money. We have the impression that there are no solutions to it. How do you deal with it? I know you have a similar problem, although I do not know if it is similar in scope. Have you any solutions or any plans to deal with this problem?

Dr. Kilham: Our problem is much worse than yours is. The health indicators are far worse. People die much younger. We are way behind the U.S., Canada and New Zealand in addressing indigenous health. We do not actually spend very much on it. Our indigenous people have very low access to mainstream benefit programs, such as the medicare scheme and the pharmaceutical benefits scheme. The amount we spend on them in no way reflects their very poor health status. I would simply say that our record on indigenous health is a national disgrace. They have Third World health conditions.

However, we are starting at least to understand the nature of the problem. Our current health minister has shown far more commitment than any previous health minister and has significantly increased the funding. We still think it is far short of what is needed; however, he has significantly increased the funding. He started to work to put health services in remote areas where there were none before.

Dr. Madden: L'Institut australien de la santé et du bien-être est un observateur de ce partenariat public. J'assiste aux réunions de l'organisme. Je tiens à dire qu'il y a une bonne collaboration entre les représentants du gouvernement du Commonwealth, ceux des États et des territoires, au sein de ce groupe.

Nous avons parlé des difficultés que présente notre système mixte. Dans des domaines comme la santé publique et le secteur important de l'information, il y a une bonne collaboration en Australie, où l'on a conclu des ententes officielles entre tous les gouvernements, et ces ententes ont survécu à plusieurs changements de gouvernement survenus jusqu'ici.

Nous avons des moyens pour collaborer. Il faut y mettre des efforts et il y a des problèmes comme les frais de déplacement, par exemple, mais nous travaillons dans un contexte national pour résoudre toute une gamme de questions importantes liées à la santé.

Dr. Martin: Nous ne dépensons pas suffisamment dans ce domaine. Nous avons établi une excellente infrastructure — le National Public Health Partnership, pour coordonner notre programme — et à l'AMA nous comprenons fort bien la question de la santé des aborigènes. Nous avons constaté que nous consacrons aux soins de santé pour les aborigènes quelque 245 millions de dollars par année de moins que nous devrions. En outre, nous ne percevons pas suffisamment de recettes sur la vente des produits de tabac, l'alcool et d'autres substances. Nous avons la possibilité d'augmenter nos recettes fiscales et d'améliorer les soins préventifs dans ce domaine, et nous n'en profitons pas.

Le sénateur Morin: J'aimerais revenir à la question de la santé des indigènes ou des Autochtones. Comme vous le savez, c'est un grave problème au Canada — c'est peut-être le problème de santé le plus grave que nous avons dans notre pays. Il nous coûte beaucoup d'argent. Nous avons l'impression qu'il n'existe pas de solution. Que faites-vous à cet égard? Je sais que vous avez un problème semblable, mais je ne sais pas s'il est de la même envergure. Avez-vous des solutions ou des plans pour résoudre ce problème?

Dr. Kilham: Notre problème est bien pire que le vôtre. Les indicateurs de santé sont bien pires. Les gens meurent beaucoup plus jeunes. Nous sommes loin derrière les États-Unis, le Canada et la Nouvelle-Zélande, en ce qui concerne la solution des problèmes de santé des aborigènes. Nous n'y consacrons pas beaucoup d'argent. Nos Autochtones ont très peu accès aux programmes de prestations réguliers, comme le régime d'assurance-santé et le régime d'assurance-médicaments. Les sommes que nous leur consacrons ne correspondent nullement à leur très pauvre état de santé. Je dirai simplement que ce que nous faisons pour aider les Autochtones sur le plan de la santé est une honte nationale. Leur état de santé est du même niveau que celui des gens du tiers monde.

Nous commençons cependant à comprendre la nature du problème. Notre ministre de la Santé actuel est beaucoup plus engagé que tous les précédents et a considérablement accru le financement. Nous estimons que c'est encore insuffisant, mais il a tout de même accru de façon sensible ce financement. Il a commencé à mettre en place des services de santé dans des régions éloignées où il n'y en avait pas jusque-là.

I think it will take us a long time before we start to catch up with you people. We will have to work on this for 20 years or more to make inroads. Aboriginal people have extremely high rates of renal failure and diabetes. In some communities, those rates are more than 20 per cent. It is an appalling feature.

Dr. Madden: I do not want to detract from anything that is being said, but you need to keep in mind that the way we have described it is as though it is a remote area problem. It is a remote area problem in the Northern Territory, northern Western Australia and so on, but Aboriginal health is also very much an urban problem. There are now large concentrations of Aboriginal people in the major cities. The bulk of Aboriginal people live in southeastern Australia, in the urbanized part of Australia. We do not know all that well the health status in those areas, but it seems to be no better than it is in the remote areas.

Even where the services are available — there are plenty of doctors, hospitals and so on — people are not accessing the services. If they are accessing them, they are not having the required effect. It is a very complex set of issues for us.

Senator Morin: There is a similar situation here.

Dr. Richards: I absolutely agree with everything that has just been said. With respect to the way I described the medicare system working, it is essentially a system of rebates on medical services that have been provided. If people are not accessing the services, they are neither getting the rebate nor the benefit of the commonwealth funding that is applied to that area. The Health Insurance Commission has put a lot of effort in the last several years in working with Aboriginal communities to enrol people in the medicare scheme so that they have a medicare card and access to the rebates. They have also been working with Aboriginal communities to explore ways of improving access.

With regard to the coordinated care trials that I mentioned, there are a number of coordinated care trials that have taken place and are continuing to take place in Aboriginal communities. In other coordinated care trials, the calculation of the funding that was pooled for a given population was based on the historical usage of the individuals who consented to participate in the trials. The difference in the Aboriginal coordinated care trials is that the medicare funding was pooled at the national average rather than at the historical usage, which would have perpetuated the inequalities of access that we were just discussing.

The pooling of those funds at the national average utilization has actually injected more funds into services that are available for those communities in ways that those communities determine.

Dr. Adams: I will just add something on the training of Aboriginal health, which may be of interest. We have very few Aboriginal medical graduates. I think we have about 50 in the country now. We have relatively few Aboriginal nurses. The university is currently running an applied epidemiology course for indigenous students. The students actually work in their

Je pense qu'il nous faudra beaucoup de temps pour vous rattraper. Nous en avons encore pour au moins 20 ans. Les aborigènes ont des taux très élevés d'insuffisance rénale et de diabète. Dans certaines collectivités, le taux dépasse les 20 p. 100. C'est épouvantable.

Dr Madden: Sans vouloir enlever quoi que ce soit à ce qui a été dit jusqu'à présent, je voudrais vous rappeler que nous décrivons un problème qui se présente essentiellement dans les régions éloignées. C'est un problème qui concerne les régions éloignées des Territoires du Nord, du nord et de l'ouest de l'Australie, et cetera. Toutefois, la santé des aborigènes est tout autant un problème urbain. Il y a maintenant d'importantes concentrations d'aborigènes dans les grandes villes. La majorité vivent dans le sud-est de l'Australie, dans la partie urbanisée de l'Australie. Nous ne connaissons pas très bien la situation en matière de santé dans ces régions, mais elle ne semble pas meilleure que dans les régions éloignées.

Même quand il y a des services — car il y a une abondance de médecins, d'hôpitaux, et cetera — les gens n'y ont pas accès. Et même s'ils y ont accès, ces services n'ont pas l'effet souhaité. C'est un ensemble de problèmes très complexes.

Le sénateur Morin: Nous avons une situation analogue ici.

Dr Richards: Je suis tout à fait d'accord avec tout ce qui vient d'être dit. Le système d'assurance-médicaments que j'ai décrit est essentiellement un système de ristourne sur les services médicaux fournis. Si les personnes n'ont pas accès à ces services, ils ne bénéficient ni de la ristourne ni du financement du Commonwealth applicable dans ce domaine. La commission d'assurance-santé travaille beaucoup depuis plusieurs années avec les communautés aborigènes pour que leurs membres s'inscrivent au programme d'assurance-médicaments, qu'ils aient une carte d'assurance-médicaments et qu'ils puissent obtenir la ristourne. La commission cherche aussi à trouver des moyens de faciliter l'accès pour les communautés autochtones.

En ce qui concerne les essais de soins coordonnés dont j'ai parlé, il y en a plusieurs qui ont été faits et qui se poursuivent dans des communautés autochtones. Dans ce cas, le financement regroupé pour une population donnée a été déterminé en fonction de l'utilisation traditionnelle des services par les personnes qui consentaient à participer à ces essais. La différence, dans le cas des essais de soins coordonnés pour les aborigènes, c'est que le financement de l'assurance-médicaments était regroupé au niveau de la moyenne nationale plutôt qu'au niveau de l'utilisation traditionnelle, ce qui n'aurait fait que perpétuer les inégalités d'accès dont nous parlons.

En regroupant ces fonds sur la base de l'utilisation moyenne nationale, nous avons pu injecter plus d'argent dans les services mis à la disposition des communautés en fonction des désirs de ces communautés.

Dr Adams: J'ajouterai simplement un point qui pourrait être intéressant à propos de la formation des spécialistes de la santé des aborigènes. Nous avons très peu de diplômés aborigènes en médecine. Je crois qu'il y en a une cinquantaine actuellement. Nous avons relativement peu d'infirmières et infirmiers aborigènes. L'université dispense actuellement un cours

communities and do some course work back at the university. They are assigned projects that look at the entire health problems of that particular community — largely rural but also urban. They do a particular project on, for example, what the burden of diabetes is on their community and what can be done to ameliorate that situation.

There are some movements, albeit new, to start some innovative training programs in Aboriginal health to look at it from a public health perspective rather than a purely one-on-one medical position.

Dr. Martin: I would like to make a comment about the importance of cross-sectoral work and the movement to look at both health and education collectively because the education level of our Aboriginal children is actually going backwards. Therefore, in terms of the mothers and their children, unless we arrest this vicious cycle, Aboriginal health will go backward whatever else we do with services.

The Chairman: Thank you for your very helpful — and fairly depressing — answer. We thought our situation was bad. I think it is a case of, perhaps, misery loving company.

Senator Robertson: What is the population of Australia?

Mr. Schneider: Nineteen million.

Senator Robertson: What is the approximate split in your population between rural and non-rural?

Dr. Kilham: Eighty-five per cent live in cities or large towns, probably more, 85 to 90 per cent. Our rural areas have been depopulating for a long time.

Senator Robertson: Do you have trouble delivering your medical services to the rural areas?

Dr. Kilham: Great trouble. We have great trouble engaging health professionals, particularly in the more remote areas. We have had government program after government program to try to address that, and none of them seem to work particularly well.

We have a controversial scheme that involves bringing in students from rural areas who are bonded to go back to those areas, and bonded for long periods, which, I must say, is not supported by the medical profession. All sorts of things have been tried.

Realistically, many specialty services cannot be provided in country areas. For example, in the northern territories, they do not have a cardiac surgery unit. It is generally accepted in Australia that you need a population of 200,000 to make a unit like that viable. The whole of the northern territory only has about 90,000 people.

Those people have to be flown in to Adelaide for their surgery. It is very expensive to have units like that in low-populated areas. We are likely to continue to see the situation where country people have to travel to the cities for their major surgical interventions.

d'épidémiologie appliquée à l'intention des étudiants autochtones. Ils travaillent dans leurs collectivités et font certains de leurs travaux à l'université. On leur confie des projets portant sur l'ensemble des problèmes de santé de leur collectivité, surtout en milieu rural mais aussi en milieu urbain. Ils réalisent un projet, par exemple, sur le fardeau du diabète dans leur collectivité et les moyens d'améliorer la situation.

Tout récemment, on a commencé à mettre en place des programmes novateurs de formation en santé aborigène où l'on se place dans une perspective de santé publique plutôt que dans la simple perspective d'un rapport médical de personne à personne.

Dr Martin: J'aimerais parler de l'importance du travail intersectoriel et du mouvement qui consiste à envisager la santé et l'éducation collectivement, car le niveau d'éducation de nos enfants aborigènes est en fait en train de régresser. Autrement dit, si nous ne mettons pas fin à ce cercle vicieux au niveau des mères et de leurs enfants, la santé des aborigènes va régresser en dépit de tout ce que nous ferons avec ces services.

Le président: Merci pour cette réponse très utile et assez déprimante. Nous pensions que notre situation n'était pas brillante. Je vois que nous sommes en bonne compagnie.

Le sénateur Robertson: Quelle est la population de l'Australie?

M. Schneider: Dix-neuf millions d'habitants.

Le sénateur Robertson: Et comment se répartit votre population entre zone rurale et zone urbaine?

Dr Kilham: Quatre-vingt-cinq pour cent de la population vit dans des villes plus ou moins grandes, et même probablement plus, de 85 à 90 p. 100. Nos régions rurales se dépeuplent depuis longtemps.

Le sénateur Robertson: Avez-vous de la difficulté à fournir vos services médicaux en zones rurales?

Dr Kilham: Beaucoup. Nous avons beaucoup de mal à recruter des professionnels de la santé, surtout pour les zones les plus éloignées. Le gouvernement a multiplié les programmes en ce sens, mais aucun d'entre eux n'a vraiment donné de bons résultats.

Nous avons un plan assez controversé qui consiste à aller chercher en zones rurales des étudiants qui sont tenus de repartir dans ces zones rurales, pour de longues périodes, mais je dois dire que la profession médicale n'est pas favorable à cela. On a essayé toutes sortes de choses.

Il faut bien admettre que de nombreux services spécialisés ne sont pas assurés dans les zones rurales. Par exemple, dans les Territoires du Nord, il n'y a pas de services de chirurgie cardiaque. On admet généralement en Australie qu'il faut une population de 200 000 personnes pour qu'un service comme cela soit viable. Or, il n'y a qu'environ 90 000 personnes dans le Territoire du Nord.

Les personnes qui doivent avoir une opération cardiaque doivent donc être envoyées par avion à Adelaide. Des services de ce genre coûtent extrêmement cher dans des zones faiblement peuplées. Il est donc probable que nous allons continuer à devoir

We have a real problem just getting the primary health care out there and staffing the country hospitals.

Dr. Richards: This problem is exacerbated by the continuing depopulation of the rural areas, which renders even primary care services economically nonviable. As the population shrinks, the ability for a doctor to generate sufficient income in a country town is getting more difficult.

Dr. Kilham: I have some friends who live in a small country town. They say that the doctor only goes there once a week for two hours and they have to go to a city to see the doctor. They have big four-wheel drive vehicles that will not go less than 140 kilometres an hour and they get to the doctor faster than we do. It is a question of expectations. They might have to drive 50 kilometres to get there, but they get there very quickly.

Some of the complaints are ceremonial. They do not like seeing their towns die. In country Australia, the large centres are growing at the expense of the small towns. The small towns are dying and the large towns are getting bigger and bigger. They are becoming regional centres for delivery of many services.

We used to measure the distance between our towns by length of horse ride. In New South Wales, every town was about one day's horse ride away. Now, with people using cars and air transport, the reason to have small towns is disappearing. That is a big social change in the fabric of rural Australia and it is not comfortable. People do not like seeing their little towns die. They do not like to see the shops and bank closing and the lawyer and the dentist leaving.

Senator Robertson: What percentage of your population are seniors?

Mr. Schneider: It is about 2.5 million people.

Dr. Madden: About 12 per cent are now over 65 and that figure is growing quickly. I think we are similar to Canada in that respect.

Senator Robertson: Is your primary and secondary care delivered mostly in the community?

Dr. Martin: Our primary care delivery is in the community.

Dr. Adams: We have about 20,000 family practitioners, most of whom are based in suburban areas.

Dr. Martin: For aged people, community support services are provided in the home. We have some fairly complex arrangements that keep being modified.

Dr. Richards: In terms of access to services, getting back to earlier discussions about medicare, just under 80 per cent of general practitioner or family physician services are directly billed to medicare for the cost of the rebate, with no co-payment by the patient.

Dr. Martin: Most of the older population is not charged a co-payment.

envoyer par avion dans les grandes villes les personnes qui doivent subir des opérations. Il est déjà assez difficile d'assurer simplement des soins de santé primaires dans ces régions et de trouver du personnel pour leurs hôpitaux.

Dr Richards: La poursuite de l'exode rural ne fait qu'aggraver ce problème puisque même les services de soins primaires sont de moins en moins viables. Plus la population diminue, plus un médecin dans une petite ville de campagne a du mal à gagner sa vie.

Dr Kilham: J'ai des amis qui vivent dans un village de campagne. Ils disent que le docteur ne vient là qu'une fois par semaine pendant deux heures, et qu'ils sont obligés d'aller en ville s'ils veulent voir le médecin. Ils ont de gros véhicules à quatre roues motrices avec lesquels ils roulent à au moins 140 kilomètres/heure, et ils arrivent chez le médecin plus vite que nous. C'est une question d'attente. Ils ont peut-être 50 kilomètres à faire pour y aller, mais ils y arrivent très vite.

Dans certains cas, les plaintes sont des plaintes de principe. Les gens n'aiment pas voir mourir leurs villages. Dans les zones rurales d'Australie, les grands centres se développent aux dépens des petites municipalités. Celles-ci meurent pendant que les grosses ne cessent de grossir. Ces grandes villes deviennent des centres régionaux de prestations de toutes sortes de services.

Jadis, on mesurait la distance entre villages en durée de voyages à cheval. Dans la Nouvelle-Galles du Sud, les villages étaient à environ une journée de cheval de distance l'un de l'autre. Maintenant qu'il y a des autos et des avions, les petites localités ne se justifient plus autant. La trame sociale de l'Australie rurale se transforme complètement, et ce n'est pas facile. Les gens n'aiment pas voir disparaître leurs petites municipalités. Ils n'aiment pas voir disparaître les magasins et les banques, et partir l'avocat et le dentiste.

Le sénateur Robertson: Quel est le pourcentage de votre population du troisième âge?

M. Schneider: Environ deux millions et demi de personnes.

Dr Madden: Environ 12 p. 100 de la population a plus de 65 ans, et ce chiffre progresse rapidement. Je pense que notre situation est assez semblable à celle du Canada.

Le sénateur Robertson: Les soins primaires et secondaires sont assurés essentiellement dans la communauté?

Dr Martin: Les soins primaires sont assurés dans la communauté.

Dr Adams: Nous avons environ 20 000 médecins de famille qui sont pour la plupart installés dans les banlieues.

Dr Martin: Pour les personnes âgées, les services de soutien communautaire sont assurés à domicile. Nous avons des dispositifs assez complexes qui ne cessent de se modifier.

Dr Richards: À propos d'accès aux services, pour en revenir à notre discussion sur l'assurance-médicaments, presque 80 p. 100 des frais des omnipraticiens ou médecins de famille sont facturés directement au régime d'assurance-médicaments au titre de la ristourne, sans paiement de contrepartie du patient.

Dr Martin: La plupart des personnes âgées ne paient pas de quote-part.

Senator Pépin: I have a question on remuneration of doctors. We know that doctors in public hospitals are salaried. What mode of remuneration is used for doctors in private hospitals for public patients?

Mr. Schneider: There are no public patients in private hospitals. Private patients in private hospitals are charged by both the hospital and the physician. The physician will normally charge on a fee-for-service basis, for which there is reimbursement from medicare of 75 per cent of the fee schedule and for a minimum 25 per cent by the health insurance fund. The fund might pay more than 25 per cent under certain arrangements — which is intended to minimize patient care payments.

Dr. Richards: In public hospitals, there is a mix of remuneration systems for doctors. Some are salaried, particularly in teaching hospitals where the academic positions are salaried. A significant proportion of medical services provided in public hospitals are either remunerated on a sessional payment for working certain sessions at an hourly rate, or on a fee-for-service basis according to a fee schedule.

Dr. Kilham: Many of the doctors who are salaried have a right to private practice in addition to their salary. They have an entitlement to treat private patients in the hospital. When the benefit is paid on that, the hospital takes some of that as a facility fee. Another part is put into a fund for training and equipment and the doctor gets a part of it. The public hospitals, in effect, are selling services to their own employees. It is a complex set of arrangements.

Dr. Richards: Which has its own set of incentives, perverse and otherwise.

Senator Pépin: My second question deals with nursing in health services. In our discussions with other countries such as Germany and the United Kingdom, we have learned that they have a shortage of nurses as we have in Canada.

Are you facing the same problem? If so, what is the cause of that? Is it due to the working environment or salaries? What do you do to correct this situation?

Dr. Madden: We do collect statistics on the health workforce in Australia. When nurses, doctors and other professionals register, they are asked to fill out a survey form, and we get good compliance with that survey. The nursing workforce has been flat for many years and recently has started to decline.

The second tier of nurses, what we call "enrolled nurses" or the less educated ones, have been going down much more rapidly. It is clearly an older workforce and that is dropping away. The overall nursing workforce of both first tier and second tier nurses overall is dropping.

There was a switch in the 1980s to training nurses in universities, away from training in hospitals, and there has been a much more severe fall in nursing trainee numbers. It has reached a plateau now, but it was a severe fall. There is now an inquiry being launched by the federal government in Australia into the way nurses are trained.

Le sénateur Pépin: J'ai une question sur la rémunération des médecins. Nous savons que les médecins des hôpitaux publics sont salariés. Comment sont rémunérés les médecins des hôpitaux privés qui traitent des patients publics?

M. Schneider: Il n'y a pas de patients publics dans les hôpitaux privés. Les patients privés dans les hôpitaux privés sont facturés par l'hôpital et par le médecin. Normalement, le médecin est rémunéré à l'acte, et il y a un remboursement du régime d'assurance-médicaments qui correspond à 75 p. 100 du montant du barème et un minimum de 25 p. 100 couvert par le régime d'assurance-santé. Ce régime peut couvrir plus de 25 p. 100 des frais dans certains cas, pour minimiser les frais de soins des patients.

Dr Richards: Dans les hôpitaux publics, il y a un système hybride de rémunération des médecins. Certains sont salariés, notamment dans les hôpitaux universitaires où les enseignants sont salariés. Une partie importante des services médicaux assurés dans les hôpitaux publics sont rémunérés soit à la vacation, soit à l'acte en vertu d'un barème.

Dr Kilham: Beaucoup des médecins salariés ont le droit d'avoir aussi une pratique privée. Ils sont autorisés à traiter des patients privés à l'hôpital. Dans ce cas, l'hôpital prélève des frais d'établissement. Une partie des fonds est aussi consacrée à la formation et à l'équipement, et le médecin en reçoit une autre partie. En fait, les hôpitaux publics vendent des services à leurs propres employés. C'est un dispositif assez complexe.

Dr Richards: Qui comporte ses propres incitatifs, absurdes ou autres.

Le sénateur Pépin: Ma deuxième question concerne les soins infirmiers. Lors de nos entretiens avec des représentants de pays comme l'Allemagne et le Royaume-Uni, nous avons appris qu'ils avaient aussi une pénurie d'infirmières.

Avez-vous le même problème? Si oui, pour quelles raisons? Est-ce à cause du contexte de travail ou de la rémunération? Que faites-vous pour rectifier le problème?

Dr Madden: Nous tenons des statistiques sur les effectifs de la santé en Australie. Quand des infirmières ou infirmiers, des médecins ou d'autres professionnels s'inscrivent, on leur demande de remplir un formulaire d'enquête, et ils le font très volontiers. L'effectif infirmier est demeuré constant pendant de nombreuses années et a commencé à diminuer récemment.

La baisse est beaucoup plus prononcée chez le personnel infirmier secondaire, le groupe qu'on appelle les «engagés», c'est-à-dire le personnel infirmier moins éduqué. C'est un effectif plus âgé qui diminue. Mais dans l'ensemble, l'effectif infirmier de premier rang ainsi que le groupe des infirmiers et infirmières secondaires diminuent.

Au cours des années 80, on a remplacé la formation du personnel infirmier en hôpital par une formation en université, et le nombre de stagiaires a beaucoup diminué. La chute s'est stabilisée, mais elle a été très forte. Le gouvernement fédéral d'Australie enquête actuellement sur la formation des infirmiers et infirmières.

My own view is that as options for women have broadened in the community there have been a lot of attractions other than nursing. Nursing is still very much shift work, so it is a much less attractive form of work than women can now get, and it is still a heavily female dominated profession.

I will let others talk about the authority structures and so on in nursing. I am not expert on those, but I do not think they have changed nearly quickly enough to keep up with modern women and other people who might be attracted to nursing. This inquiry will certainly get into that. The state of Victoria, in particular, has a dramatic shortage of nurses and has just provided a very substantial pay increase to nurses in that state. So pay levels are rising in response to the supply and demand issues.

Dr. Kilham: For a long time in this country nurses have been undervalued by the community, as have teachers. We are now seeing the results of that. Large numbers of nurses are doing any other job — even working as shop assistants — rather than nursing because they simply get sick and tired of the poor conditions and the low pay.

That is a decision that we and other countries have made, and now we are seeing the results in the inability to attract nurses. This is just marketing really. If you will not pay the market price, you will not get the people there.

Mr. Schneider: If I can add one further comment, part of the problem is whether we emphasize and direct our resources to primary care prevention or to acute care treatment. Obviously, if a large number of people are going to hospital, more nurses are needed, unless ways can be found to avoid people going to hospital. That may well require reallocating nursing resources into the community to assist in primary care.

We are not handling the problem properly if we simply throw money at it. In Victoria, the nursing unions have succeeded not merely in getting an increase in their rates but also in getting changes to staffing levels per bed. In effect, that means a higher demand for more well trained, higher-skilled and higher-paid nurses. That compounding factor is now taking place within the economy of the state system, which will flow into the private sector.

I do not like to use a crystal ball, but my expectation is that, if that trend continues, the logical response will be — as in any other industry — to look at alternative ways of providing services. It seems to me that the emphasis on primary care would be a very effective way of doing that.

Dr. Martin: The other area where we have a problem is in residential elder care facilities. As our population ages and invariably contracts chronic conditions, we have an ageing and sicker population who needs residential care. They also need appropriate nursing care in these facilities. Our current philosophy

Je pense personnellement que les femmes ont eu la possibilité de faire beaucoup plus de choix parmi d'autres professions que la profession infirmière. Les infirmières et infirmiers travaillent encore beaucoup par poste, et c'est donc une forme de travail beaucoup moins attrayante pour les femmes actuellement, alors que c'est une profession qui est encore majoritairement féminine.

Je laisserai à d'autres le soin de parler des structures hiérarchiques dans le domaine des soins infirmiers. Je ne suis pas un expert en la matière, mais je crois que ces structures n'ont pas évolué assez vite pour continuer à attirer les femmes modernes et d'autres personnes vers la profession infirmière. L'enquête va certainement préciser tout cela. Dans l'État de Victoria en particulier, la pénurie d'infirmières est grave et l'État vient d'octroyer des augmentations de salaire très substantielles à ce groupe. La loi de l'offre et de la demande fait donc augmenter les niveaux de rémunération.

Dr Kilham: Dans notre pays, les et infirmiers et infirmières sont depuis longtemps sous évalués, de même que les enseignants. Nous constatons maintenant les résultats de cette situation. De nombreuses infirmières prennent n'importe quel autre travail, même un simple travail de vendeuse, parce qu'elles en ont assez de travailler dans de mauvaises conditions pour un salaire misérable.

Comme d'autres pays, nous avons pris cette décision, et nous en constatons maintenant les résultats: nous ne pouvons plus attirer d'infirmières. C'est une simple question de marché. Si l'on ne paie pas les gens à leur valeur sur le marché, ils ne viennent pas.

M. Schneider: J'ajouterais que le problème est aussi de savoir en partie si nous devons consacrer essentiellement nos ressources à la prévention au niveau des soins primaires ou au traitement au niveau des soins actifs. Il est évident que plus il y a de personnes qui vont à l'hôpital, plus on a besoin de personnel infirmier, à moins de trouver un moyen d'éviter que ces personnes n'aillent à l'hôpital. Il faudrait peut-être pour cela développer les ressources infirmières dans la communauté pour renforcer les soins primaires.

Ce n'est pas en jetant de l'argent par les fenêtres qu'on va régler le problème. Dans l'État de Victoria, les syndicats infirmiers ont réussi non seulement à obtenir une hausse de rémunération, mais aussi à faire modifier les effectifs par lit. Autrement dit, il y a une plus forte demande d'infirmières et infirmiers mieux formés, plus qualifiés et mieux payés. Ce facteur supplémentaire intervient actuellement dans l'économie du système d'État et va se répercuter sur le secteur privé.

Je n'aime pas faire de prédiction, mais je crois que, si cette tendance se poursuit, la solution logique sera de trouver, comme dans n'importe quel autre secteur, d'autres moyens d'assurer les services. J'ai l'impression que le développement des soins primaires serait une bonne solution à cet égard.

Dr Martin: L'autre domaine où nous avons un problème, c'est celui des établissements de soins pour bénéficiaires âgés. Notre population vieillit, et ces personnes âgées ont forcément des problèmes chroniques pour lesquels elles doivent recevoir des soins en établissements spéciaux. Ces personnes âgées ont aussi

is that these are residential and not health-oriented institutions. We have downgraded the levels of nursing support that we are providing there. That is part of the problem that is flowing on to the public hospital sector. That is an area we must address.

Senator Pépin: When do you believe the inquiry will be finished?

Dr. Madden: It is only just getting underway. It was announced about a month ago. The inquiry will be well into the next year before it reports.

Senator Keon: Can I broaden the discussion to the total context of your health professional labour as it relates to hands-on care? You have described a shortage in nursing care, which we are also feeling. You have not commented on whether you are seeing a shift at the primary care level of nurses to replace general practitioners and family physicians. I would like someone to address that.

What is the situation as it relates to your medical work force overall, such as primary care physicians, specialists. Do you have too many, too few? What are your anticipated moves — to adjust or to go with the status quo?

Moving into another entire area of health professionals — physiotherapists, occupational therapists, lab technicians, et cetera — do you have particular manpower problems there, or are you in reasonably good shape?

Dr. Kilham: In regard to the medical workforce, our major problem that we can not get them in the right places; there is a geographical maldistribution. In certain country areas, there is no orthopaedic surgeon, for example. No one is there to patch up the broken legs or the car accident victims. People must be taken by ambulance quite some long distance for those treatments. We certainly have a problem getting people into the right places.

Whether or not there is an overall shortage depends really on the system. Our general practitioners are, by and large, very busy. If we did not have free access for 80 per cent of services, they would not be so busy.

The financing system does not show evidence of either a shortage or an excess of people. Compared with other countries in crude doctor-population ratios, one might say we have too many physicians. Yet, the comparative countries may not have the same free access to services. We have distorted the demand curve on the one side, so we must distort the supply curve as well.

That is a decision we have made in this country. We choose to attach the price barriers to the pharmaceuticals, not to the primary care. You can go and see your doctor for nothing, but if you want a prescription to fix up your problem, you must pay for it. Many countries do that. They attach the price signal to the referred demand. That makes it sort of a quasi-taxation then; it really is a form of taxation.

besoin de soins infirmiers appropriés dans ces établissements. Nous considérons pour l'instant qu'il s'agit d'établissements résidentiels et non d'établissements de santé. Nous avons réduit les niveaux de soutien infirmier de ces établissements. C'est un des éléments du problème auquel sont confrontés les hôpitaux du secteur public. Il faut trouver une solution.

Le sénateur Pépin: Quand pensez-vous que l'enquête sera terminée?

Dr. Madden: Elle vient de commencer. On l'a annoncée il y a un mois environ. Elle ne sera pas terminée avant l'année prochaine.

Le sénateur Keon: Pourrais-je élargir le débat à l'ensemble des professions de la santé en matière de soins directs? Vous nous avez parlé d'une pénurie de soins infirmiers, que nous connaissons aussi. Vous ne nous avez pas dit si vous pensiez que les infirmières et infirmiers au niveau des soins primaires avaient tendance à remplacer les omnipraticiens et les médecins de famille. J'aimerais que quelqu'un me donne son avis à ce sujet.

Comment se présente la situation d'ensemble de votre effectif médical, par exemple les médecins de soins primaires, les spécialistes. En avez-vous trop, pas assez? Que prévoyez-vous de faire, vous adapter ou vous en tenir au statu quo?

À propos d'un secteur complètement différent de la santé, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les techniciens de laboratoire, et cetera, avez-vous dans ce domaine des problèmes de main-d'oeuvre particuliers, ou la situation est-elle satisfaisante?

Dr. Kilham: Le principal problème en ce qui concerne nos effectifs médicaux, c'est que nous ne pouvons pas les avoir aux bons endroits; c'est un problème de mauvaise répartition géographique. Dans certaines zones rurales, par exemple, il n'y a pas de chirurgien orthopédique. Il n'y a personne pour soigner une jambe cassée ou des victimes d'un accident de la route. Il faut emmener ces personnes parfois très loin en ambulance. Nous avons vraiment de la difficulté à avoir du personnel aux bons endroits.

La question de la pénurie d'ensemble est en fait une fonction du système. En général, nos omnipraticiens sont très occupés. Si les services n'étaient pas gratuits à 80 p. 100, ils le seraient moins.

Le système de financement ne fait pas ressortir une pénurie ou un excédent de personnel. Si l'on prend le rapport médecin-population, on pourrait dire que, comparativement à d'autres pays, nous avons trop de médecins. Toutefois, dans ces autres pays, les services ne sont peut-être pas aussi aisément accessibles. Nous avons déformé la courbe de la demande d'un côté, et il faut donc déformer aussi la courbe de l'offre.

C'est une décision que nous avons prise dans notre pays. Nous avons décidé de lier les obstacles financiers aux produits pharmaceutiques et non aux soins primaires. Vous pouvez donc aller voir gratuitement votre médecin, mais si vous avez besoin d'une ordonnance, vous allez devoir payer. On retrouve la même chose dans de nombreux pays. C'est au niveau de la demande correspondant aux ordonnances que l'on déclenche le facteur de paiement. En somme, c'est une forme de quasi-fiscalité; c'est vraiment une forme de fiscalité.

With the medical specialties, in some areas a pass mark is set and any student who gets through that is in. The numbers are not controlled. That is particularly true of physicians, cardiologists and people like that. With the surgeons, there is more debate about whether the surgeons have sought to control their numbers. I do not know the answer.

Dr. Madden: Australia has a committee called the Australian Medical Workforce Advisory Committee. That is a commonwealth state committee. I am a member of that committee. We have published a report on overall physician numbers concluding there are actually too many general practitioners in Australia. The Australian Medical Association is being very polite here because they do not agree with that conclusion.

As Dr. Kilham said, the overwhelming issue is that there are far too many in the cities — particularly in the wealthy parts of the cities — and too few in the country. Many government policies are set at commonwealth state levels to rectify that to get more country children into training for medical practice and so on. It is a very active program and I think there is some turnaround in that outcome now.

This Medical Workforce Advisory Committee has gone through the specialties one by one and recommended increases in almost all, particularly the surgical ones. Those recommendations have been followed by the learned colleges and the state governments that fund the training positions in the hospitals. We are gradually seeing increasing numbers in the specialties.

Finally, there is currently an inquiry through our competition commission in Australia into the College of Surgeons' practice over training numbers, which is providing a fair bit of controversy in Australia. A bit of heat is being generated as to whether competitive pressures are being restrained unreasonably by the College of Surgeons.

Dr. Richards: I would like to make an observation in the context of our earlier discussion about carrots and sticks in the relation to the maldistribution of the medical workforce.

One characteristic of Australia, which I understand is different from the situation in Canada, is that government has little ability to directly influence the geographic distribution of medical practitioners.

About 50 years ago in the wake of nationalization of health systems in the U.K. and elsewhere, the Australian Medical Association was successful in obtaining an amendment to our federal Constitution, specifically prohibiting the civil conscription of medical practitioners. There is no effective limitation on the ability of a practitioner to practice in a particular area. Therefore, there are natural economic and social tendencies for practitioners to congregate in overpopulated urban areas, for economic reasons primarily, at the expense of rural areas.

Senator Keon: You raised another interesting point when you said that you can see your general practitioner for free. If you want a prescription, you have to pay for it. Most of us — certainly in Canada, the U.S., Britain, and Western Europe — are

Pour ce qui est des spécialités médicales, dans certains domaines il suffit à un étudiant d'avoir la note de passage pour être admis. Il n'y a pas de *numerus clausus*. C'est particulièrement le cas pour les médecins, les cardiologues et des personnes de ce genre. En ce qui concerne les chirurgiens, on se demande s'ils ont essayé de limiter leurs effectifs. Je ne connais pas la réponse.

Dr. Madden: En Australie, il y a un comité intitulé comité consultatif sur les effectifs médicaux australiens. Nous sommes un État du Commonwealth. Je fais partie de ce comité. Nous avons publié un rapport dans lequel nous concluons qu'il y a en fait trop d'omnipraticiens en Australie. L'Association médicale australienne est très polie à cet égard, car elle n'est pas d'accord avec cette conclusion.

Comme l'a dit le Dr Kilham, le principal problème, c'est qu'il y en a beaucoup trop dans les villes — surtout dans les quartiers riches des villes — et pas assez à la campagne. Il y a de nombreuses politiques gouvernementales au niveau des États du Commonwealth pour rectifier cette situation et inciter plus de jeunes ou des zones rurales à se tourner vers les professions médicales. C'est un programme très dynamique et je crois qu'il commence à porter fruit.

Le comité consultatif sur les effectifs médicaux a examiné toutes les professions et recommandait des hausses dans presque toutes les spécialités, notamment les spécialités chirurgicales. Ces recommandations ont été suivies par les institutions savantes et les gouvernements d'État qui financent les stages en milieu hospitalier. Le nombre de spécialistes augmente progressivement.

Enfin, notre commission de la concurrence enquête actuellement sur les pratiques du collège des chirurgiens en ce qui concerne le nombre de personnes formées, et c'est une question très controversée en Australie. Il y a un débat assez animé sur la question de savoir si le collège des chirurgiens freine excessivement la concurrence.

Dr. Richards: J'aimerais faire une remarque à propos de notre débat de tout à l'heure sur les carottes et les bâtons dans le contexte de la mauvaise répartition des effectifs médicaux.

L'un des problèmes caractéristiques de l'Australie, où la situation je crois est différente de celle du Canada, c'est que le gouvernement n'a guère de pouvoir pour influencer la répartition géographique des praticiens.

Il y a une cinquantaine d'années, dans la foulée de la nationalisation des systèmes de santé du Royaume-Uni et d'autres pays, l'Association médicale australienne a réussi à faire modifier notre Constitution fédérale de manière à interdire la conscription civile des médecins praticiens. On ne peut en aucune façon empêcher un praticien de pratiquer à un endroit quelconque. Autrement dit, les praticiens sont incités, pour des raisons économiques et sociales, surtout économiques d'ailleurs, à se concentrer dans les zones urbaines surpeuplées aux dépens des zones rurales.

Le sénateur Keon: Vous avez soulevé un autre point intéressant quand vous avez dit qu'on pouvait voir son généraliste gratuitement et que si l'on a besoin d'une ordonnance, il faut payer. Nous sommes pour la plupart — c'est en tout cas le cas au

experiencing a tremendous increase in drug costs. I know this applies to Australia as well, I just do not know the degree. Did you do this to curtail your increase in drug costs, or did this just occur by serendipity?

Dr. Adams: Dr. Kilham will say much about this, but one of my current colleagues, who is known as the "father of medicare," said, when he heard I was doing this today, "Make sure the Canadians understand the benefits of our Pharmaceutical Benefit System," which is a national organization. I believe that in Canada, each province has its own pharmaceutical policy in terms of purchasing and subsidizing pharmaceutical drugs.

The Australian scheme goes back to 1952, where subsidized drugs, which go through a very strict mechanism of approval and cost-benefit analysis before they are eligible, are subsidized. We have a national agreement on drug subsidization, so that in any part of the country, you can receive the same cut-price drugs at the pharmacist.

My colleague suggested that your committee might want to look at a federal system of drug purchasing and pricing, rather than a system that operates province by province. Such a system might save you in the long term.

Dr. Kilham will answer the particular question about restricting or changing the cost.

Dr. Kilham: We are not particularly serious, really, about using the price mechanism, as a way to control pharmaceuticals. We have a concessional element to the pharmaceutical benefits scheme. If you are a pensioner or, in some cases, a self-funded retiree, you are able to obtain a concession card and pay only a small amount — around \$3.50 per prescription — whereas, I would pay \$22.

Most expenditures are, in fact, under the concessional part of the scheme. The majority of the expense is concessional, and only a relatively small amount attracts the \$22 co-payment.

That is a more symbolic than serious use of price to control demand. It is recognized that there are significant benefits in this: People realize that the appropriate use of pharmaceuticals can often save a great deal of money elsewhere in the health care system. It is not just that, but you can save if pharmaceuticals are used well. The scheme has widespread support in the Australian community; it is well understood and it is easy to negotiate. It has many good things going for it.

As Dr. Adams says, there are significant barriers for a drug to get listed. There are some drugs that many believe ought to be listed, but they may never be listed. The government is averse to list some of the very high cost drugs and this has been a hot political issue with the AIDS community, for example. They wanted much cheaper access to some of those expensive drugs listed in the Pharmaceutical Benefits Scheme, or PBS. Most people would say that the system of seeking strong evidence has worked.

Canada, aux États-Unis, en Grande-Bretagne et en Europe de l'Ouest — confrontés à une énorme augmentation des coûts des médicaments. Je sais que c'est aussi le cas en Australie, mais je ne sais pas à quel point. Avez-vous pris cette disposition pour freiner la hausse des coûts des médicaments, ou est-ce que cela s'est produit par un heureux hasard?

Dr Adams: Le Dr Kilham a bien des choses à vous dire à ce sujet, mais l'un de mes collègues actuels, qu'on appelle le «père de l'assurance-médicaments», a dit, quand il a appris que je serais ici aujourd'hui: «Veuillez à faire comprendre aux Canadiens les avantages de notre système de prestations pharmaceutiques», qui est une organisation nationale. Je crois qu'au Canada, chaque province a sa propre politique pharmaceutique en matière d'achat et de subvention des médicaments.

En vertu du régime australien qui remonte à 1952, les médicaments sont subventionnés aux termes d'une démarche très stricte d'approbation et d'analyse de rentabilité. Nous avons une entente nationale de subvention des médicaments qui permet à n'importe qui d'avoir partout dans le pays les mêmes médicaments à prix réduit à la pharmacie.

Mon collègue vous a suggéré d'envisager un système fédéral d'achat et d'établissement du prix des médicaments au lieu d'un système provincial. Ce système fédéral pourrait vous permettre de faire des économies à long terme.

Le Dr Kilham va répondre à la question précise des restrictions et des changements de coûts.

Dr Kilham: Nous ne nous appuyons pas vraiment sur le mécanisme de détermination du prix pour contrôler les produits pharmaceutiques. Il y a un élément de conditions de faveur dans le régime de prestations pharmaceutiques. Si vous touchez une pension ou, dans certains cas, si vous êtes retraité privé, vous pouvez obtenir une carte de réduction grâce à laquelle vous n'allez payer qu'un montant réduit — environ 3,50 \$ par ordonnance — là où moi, par exemple, je vais payer 22 \$.

La plupart du temps, les gens ne paient que ce montant réduit. On ne paie la quote-part de 22 \$ que dans relativement peu de cas.

C'est une utilisation plus symbolique qu'autre chose du prix pour contrôler la demande. On admet que cela comporte des avantages réels: les gens se rendent compte qu'en utilisant correctement les produits pharmaceutiques, ils peuvent contribuer à réaliser des économies considérables dans d'autres secteurs du système de soins de santé. En plus, on économise si on utilise correctement les médicaments. La collectivité australienne appuie massivement ce régime; on le comprend bien, et il est facile à gérer. Il comporte beaucoup d'avantages.

Comme l'a dit le Dr Adams, avant d'être inscrit sur la liste, un médicament doit faire l'objet de contrôles très stricts. Il y a des médicaments qui, de l'avis de beaucoup, devraient être sur la liste, mais qui ne le seront peut-être jamais. Le gouvernement est réticent à inscrire certains médicaments extrêmement coûteux, et cela a suscité tout un débat animé sur la question du sida, par exemple. La collectivité des sidéens voulait qu'on réduise considérablement le coût de certains de ces médicaments en les inscrivant dans la liste du système des prestations

Dr. Martin: The general impression is that it has worked well until fairly recently, when some alarm bells started to ring. As community expectations rise, there is a greater demand from the public. There also appears to be, in Australia, a shift to more emphasis on the influence of the pharmaceutical industry.

Our national medicines policy has two sides to it. One is the supply of reliable, affordable and accessible medicine, and quality use of medicines by health providers and consumers; the other is the maintenance of a viable pharmaceutical industry. Because we had a conservative government, the pharmaceutical industry seems to have had more influence, such that we have had pressure to subsidize certain drugs and a big debate about having direct-to-consumer advertising of prescription drugs. We have successfully resisted that up to now, although we have much subtle advertising in the newspaper and on television. However, we have resisted the American and New Zealand models.

There are concerns about the advisory committee that oversees the decision, or gives advice to the government, on which drugs to fund. We now have someone who has worked for the pharmaceutical industry on that advisory board and that has been controversial. There is some perception that the industry is gaining more control of the process. This is part of the national medicines policy, in terms of the viability and profits of the pharmaceutical industry.

We have had some decisions made on certain drugs such as Zyban, a smoking cessation drug, that have really created a large cost blow-out in our current funding. We are now having to seriously think about how we manage to take the PBS further. Certainly, from my perspective, we really value our system and we want to maintain it.

Senator Morin: That is precisely my question. What are the effects for Australia, to be on the watch list of countries judged hostile to the multinational pharmaceutical industry?

Dr. Kilham: The multinational pharmaceutical companies are concerned that other countries will pick up our model and start to run with it. This is a great concern to them, and I am sure they will do everything they can to disquiet you people from following our model. Your system is far easier for them to manipulate.

Dr. Richards: There is no doubt that Australia has been successful in controlling pharmaceutical prices while providing access to the community. In both the medical profession and in the general community, there is almost an imprimatur of safety related to the listing of pharmaceuticals on the PBS. Doctors are reluctant to prescribe, and patients seem reluctant to take medicines that are not listed on the schedule.

As soon as a drug is listed on a schedule — which might have been available on a private, non-subsidized insurance plan — there is a rapid rise in the use of the drug. The benefit to the

pharmaceutiques. Dans l'ensemble, on admet que ce dispositif du contrôle rigoureux a bien fonctionné.

Dr Martin: On a eu l'impression qu'il avait bien fonctionné dans l'ensemble jusqu'à tout récemment, où l'on a commencé à tirer le signal d'alarme. Plus les attentes de la collectivité augmentent, plus la demande du public augmente. Il semble aussi que l'industrie pharmaceutique soit en train de prendre de plus en plus d'influence en Australie.

Notre politique nationale en matière de médicaments comporte deux volets. D'une part, on veut offrir des médicaments fiables, abordables et accessibles, et on veut que les médicaments soient utilisés à bon escient, et d'autre part on veut maintenir une industrie pharmaceutique viable. Comme nous avons eu un gouvernement conservateur, l'industrie pharmaceutique semble avoir accru son influence, ce qui fait que nous avons subi des pressions et qu'il y a eu tout un débat sur la publicité directe pour les médicaments d'ordonnance. Nous avons réussi à résister à cet effort jusqu'à présent, mais il y a néanmoins beaucoup de publicité très subtile dans les journaux et à la télévision. Nous avons cependant résisté aux modèles américains et néo-zélandais.

Il y a des préoccupations au sujet du comité consultatif qui surveille la décision ou qui conseille le gouvernement sur les médicaments à financer. Nous avons maintenant quelqu'un qui a travaillé pour l'industrie pharmaceutique qui fait partie de ce conseil consultatif et qui est controversé. On a l'impression que l'industrie contrôle de plus en plus les profits. Cela fait partie de la politique nationale sur les médicaments, en ce qui a trait à la viabilité et aux profits de l'industrie pharmaceutique.

Des décisions ont été prises relativement à certains médicaments comme le Zyban, un médicament pour cesser de fumer, et ces décisions ont contribué à gonfler considérablement les coûts du programme. Nous devons maintenant songer sérieusement à mieux gérer ces fonds. Personnellement, je pense que nous tenons réellement à notre système et que nous voulons le maintenir.

Le sénateur Morin: C'était précisément ma question. Quelles sont les conséquences pour l'Australie de figurer sur la liste des pays à surveiller parce que l'industrie pharmaceutique multinationale estime qu'ils lui sont hostiles?

Dr Kilham: Les sociétés pharmaceutiques multinationales craignent que d'autres pays adoptent notre modèle. Cela les préoccupe beaucoup, et je suis certain qu'elles feront tout leur possible pour vous décourager de suivre notre modèle. Votre système est beaucoup plus facile à manipuler pour eux.

Dr Richards: Il ne fait aucun doute que l'Australie a réussi à contrôler les prix des produits pharmaceutiques tout en donnant accès à la collectivité. Dans la profession médicale tout comme dans la collectivité en général, il y a presque un imprimatur de sécurité en ce qui a trait à la liste des produits pharmaceutiques dans le RAM. Les médecins hésitent à prescrire et les patients semblent hésiter à prendre des médicaments qui ne figurent pas sur la liste.

Dès qu'un médicament est ajouté à la liste — il aurait pu être disponible auparavant dans le cadre d'un régime d'assurance privé, non subventionné — rapidement ce médicament est de

pharmaceutical industry of having a drug listed on the scheme is economically worthwhile, provided they can negotiate a price that is acceptable to industry and to government.

Senator Morin: What do you think is the biggest challenge facing the Australian system and what do you think is its best feature?

Dr. Richards: Are we talking about pharmaceuticals?

Senator Morin: No, generally, about the health care delivery system in Australia.

Dr. Kilham: I would say the worst feature of our system is what I will call the "federal state health financing imbroglio," meaning a confused and tangled mess which is a huge cost and blame-shifting system.

The Chairman: Is this the Canadian system you are describing or the Australian one? It sounds exactly like we would describe our system.

Dr. Kilham: We tend to think ours is the worst in the world when it comes to federal and state stupidity. It affects the public hospital. We have national schemes for medicare, for the community-funded medical services and to the PBS, and what we really need now is a national scheme for public hospitals that makes sense.

We would like to see the public hospitals funded centrally by the federal government, so there is a clear division of responsibility and accountability. The federal government would be responsible for funding, and the states as the owners and operators, would be the providers. You would have a purchaser-provider split.

We would like to see it go that way rather than stay the way it is. At the moment, there is no accountability. We cannot get decent figures on waiting times, and waiting lists, for example.

Dr. Madden: Our system is one of the best in the world. If I had to say which one was better in the world, I would probably say the Canadian one. We have a system, as you have, of universal accessibility — not always perfect access as we have talked about with indigenous people. We have a system that, at 8.5 per cent of GDP, is affordable by a country like ours as yours is affordable by a country like yours. You only need to look at the Americans, with 14 per cent of GDP, a much larger amount spent on health, to see the alternatives do not work very well and that you fiddle with your own system at your great peril.

As I said earlier, our system — in spite of the political differences and changes we have talked about — has been remarkably stable. It is the polyglot nature of the system that makes it stable. It is so hard to change. The chances of the commonwealth government funding public hospitals is about as

plus en plus utilisé. Il est économiquement avantageux pour les sociétés pharmaceutiques qu'un médicament figure sur la liste, pourvu que ces sociétés puissent négocier un prix qui soit acceptable pour l'industrie et pour le gouvernement.

Le sénateur Morin: À votre avis, quel est le plus gros défi à l'heure actuelle pour le régime australien et quel en est le meilleur élément?

Dr Richards: Parlons-nous des produits pharmaceutiques?

Le sénateur Morin: Non, je parle du système de santé en Australie en général.

Dr Kilham: Je dirais que le pire élément de notre système est ce que j'appelle «l'imbroglio de l'État fédéral en matière de financement des soins de santé», c'est-à-dire un véritable brouillard enchevêtré et confus, un régime qui coûte énormément d'argent et où l'on déplace le blâme.

Le président: Êtes-vous en train de décrire le système canadien ou le système australien? Votre description correspond tout à fait à notre système.

Dr Kilham: Nous avons tendance à croire que nous avons le pire système au monde pour ce qui est de la stupidité du fédéral et de l'État. Cela touche les hôpitaux publics. Nous avons des régimes nationaux pour l'assurance-médicaments, pour les services médicaux financés par la communauté, et ce dont nous avons réellement besoin à l'heure actuelle, c'est d'un régime national pour les hôpitaux publics qui ait du sens.

Nous aimerions que les hôpitaux publics soient financés centralement par le gouvernement fédéral afin qu'il y ait une division bien claire des responsabilités et des obligations redditionnelles. Le gouvernement fédéral serait responsable du financement, et les États, à titre de propriétaires et d'exploitants, seraient les fournisseurs. Il y aurait une division entre l'acheteur et le fournisseur.

Nous préférierions avoir un tel système plutôt que le système actuel. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'obligation de rendre compte. Nous ne pouvons obtenir de chiffres décents concernant les temps d'attente et les listes d'attente, par exemple.

Dr Madden: Nous avons l'un des meilleurs systèmes au monde. Si on me demandait quel système est le meilleur au monde, je répondrais sans doute que c'est le système canadien. Comme vous le savez, nous avons un système d'accessibilité universelle — l'accès n'est pas toujours parfait, comme nous en avons parlé en ce qui concerne les autochtones. Nous avons un système qui, à 8,5 p. 100 du PIB, est abordable pour un pays comme le nôtre tout comme le vôtre est abordable pour un pays comme le vôtre. Il suffit de regarder les Américains qui, avec 14 p. 100 du PIB, consacrent un montant beaucoup plus important à la santé, pour constater que les solutions de rechange ne fonctionnent pas très bien et qu'il est très dangereux de jouer avec son propre système.

Comme je l'ai dit précédemment, malgré les différences politiques et les changements dont nous avons parlé, notre système a été remarquablement stable. C'est la nature polyglotte du système qui fait qu'il est stable. Il est si difficile à changer. Il y a aussi peu de chance que le gouvernement du Commonwealth

likely as it is that you will be swimming on Christmas Day in Ottawa. It will not happen. Hell will freeze over first.

The system is a commonwealth state system. It will go on that way. We have to learn to live with it. We need to learn to enjoy it. We have a good system with a public-private mix — a commonwealth state mix. You can get health care in any form of delivery you want.

Dr. Richards: Mine is not a government view; it is based on 20 years as a general practitioner, family physician and now working in government.

From my point of view, the biggest challenge we have is addressing the commonwealth-state funding dichotomy. I accept that it is constitutionally based and requires substantial goodwill from both sides to address the cost and blame-shifting Dr. Kilham has referred to. That is a major challenge, but one where we have seen some sign of progress.

The indigenous health issue that we discussed earlier is a national disgrace and must rank very high on the list of issues that we need to address.

The increasing burden of chronic disease associated with an ageing population with more successful health interventions in terms of reducing mortality of disease is leading to significant challenges for our health care system.

We have more chronically ill people accessing a wider diversity and plethora of health care services. Our health care system is more complex, with increasing numbers of providers: allied health, nursing and medical. In light of this, a fourth major challenge is that of information flows among providers to facilitate the coordination of the care of individuals across the multitude of providers involved in the management of complex and chronic illness and over time across the care continuum.

Dr. Adams: As Dr. Kilham said, the maintenance of a strong public hospital system is crucial for the future. The impetus is on preventive programs, such as for indigenous health.

The thing we have in common with Canada is a strong anti-tobacco program that is getting more and more successful. There is very interesting litigation on exposure to passive smoking and so on. Australia and Canada, at the World Health Assembly, have always been together in pushing for this upcoming convention on tobacco products. The two countries together have much in common and can lead the world in terms of advanced thinking about preventive programs in the wider social context.

finance les hôpitaux publics qu'il y en a que vous puissiez vous baigner le jour de Noël à Ottawa. Ça ne va pas arriver. Les poules auront des dents avant que cela arrive.

Le système est un système relevant des États et du gouvernement central. Il ne va pas changer. Nous devons apprendre à vivre avec ce système. Nous devons apprendre à en profiter. Nous avons un bon système avec un équilibre entre le public et le privé — entre le gouvernement du Commonwealth et le gouvernement des États. On peut obtenir n'importe quelle forme de prestations de soins de santé que l'on veut.

Dr Richards: Mon point de vue n'est pas le point de vue du gouvernement; il se fonde sur mes 20 années d'expérience comme médecin généraliste, comme médecin de famille qui travaille maintenant pour le gouvernement.

À mon avis, notre plus gros défi consiste à régler la dichotomie du financement du gouvernement du Commonwealth et des gouvernements des États. J'accepte le fait que le fondement est dans la Constitution et qu'il faut beaucoup de bonne volonté des deux côtés pour régler le problème de coût et de déplacement du blâme dont le Dr Kilham a parlé. C'est un défi important, mais il y a déjà des signes de progrès.

La question de la santé des autochtones dont nous avons parlé précédemment est une honte nationale et nous devons y accorder une très grande priorité sur la liste des problèmes que nous devons régler.

Le fardeau de plus en plus lourd des maladies chroniques conjuguées à une population vieillissante et à des interventions qui permettent de plus en plus de réduire le taux de mortalité représente d'importants défis pour notre système de soins de santé.

Il y a de plus en plus de malades chroniques qui ont accès à une gamme de plus en plus large de services de soins de santé. Notre système de soins de santé est plus complexe et compte un nombre croissant de fournisseurs: les fournisseurs de soins de santé, de soins infirmiers et de soins médicaux. À la lumière de cela, un quatrième défi important est le cheminement de l'information entre les fournisseurs afin de faciliter la coordination des soins des particuliers entre la multitude de fournisseurs qui participent à la gestion de maladies complexes et chroniques et avec le temps, pour tout le continuum des soins de santé.

Dr Adams: Comme le Dr Kilham l'a dit, il est crucial de maintenir un bon système d'hôpitaux publics pour l'avenir. On met l'accent sur les programmes de prévention, notamment pour la santé des autochtones.

Une chose que nous avons en commun avec le Canada, c'est un excellent programme de lutte contre le tabagisme qui a de plus en plus de succès. Il y a un litige très intéressant sur le tabagisme passif. À l'Assemblée mondiale de la Santé, l'Australie et le Canada ont toujours insisté ensemble pour cette convention imminente sur les produits du tabac. Les deux pays ont beaucoup de choses en commun et ensemble peuvent être des chefs de file dans le monde afin de faire évoluer les programmes de prévention dans un contexte social plus général.

Mr. Schneider: The greatest challenge that we face is the ageing population. Not so much the ageing population, but the change of distribution between workers in the workforce paying tax, and those retired, in most cases not paying tax.

It is not merely a case of meeting their health care needs, it is also a case of meeting their expectations. Baby boomers who will be retiring in the next few years are probably the wealthiest, best-educated and most demanding generation that we have ever had. Their expectations for high quality health care will be increasing and they will be a social and political problem as well as an economic one.

One of the unfortunate aspects of governments all around the world is that they have not really sat down and looked at the infrastructure required to meet the demands of this generation or their expectations.

The credit of our system — and one of things that is not often said — is that in part to address that problem, the government has now moved to encourage the financial leverage that health insurance does provide to secure more funding out of the retired population. This would result in less demand on the decreased numbers in the workforce we will have in a few years time.

That is one of the reasons why our government has actually reduced a very substantial incentive program of carrots and sticks that aims at encouraging participation rates. In effect, this program encourages more people who wish to — and can afford to — put some money out of their own pockets into the health care system to add to the pool of funds that taxation can raise. That is something that has yet to be really recognized and appreciated in Australia.

The second real problem is the political differences of opinion over the value or lack of value of the private health care sector. That does create an element of instability for the future.

Those things are changing and if we can get recognition of the important financial leverage of health insurance, there is well-grounded capacity to deal with that challenge.

The other issues, such as cost shifting and federal state relations, are important. Certainly at the political level, they can be fascinating. I am not sure that they are really more than peripheral compared with the big problems of how do we deal with health demands of older people and technology, which means more things can be done to and for them as part of an increasing process.

Dr. Martin: I certainly support the general direction of the speakers. Dealing with the ageing population is our major challenge. In Australia, we have a universal system, although it can be fragmented and varied. We have this vision of the universal system. With ad hoc exercises in cost containment, moving to a

M. Schneider: Le plus grand défi pour nous est le vieillissement de la population. Ce n'est pas tant le vieillissement de la population, que le changement de répartition entre les travailleurs qui paient des impôts et les retraités qui, dans la plupart des cas, n'en paient pas.

Non seulement il faut répondre à leurs besoins en matière de soins de santé, mais il faut également répondre à leurs attentes. La génération des baby-boomers qui prendront leur retraite au cours des prochaines années est sans doute la génération la plus riche, la mieux instruite et la plus exigeante que nous ayons jamais eue. Leurs attentes en matière de soins de santé de qualité ne cesseront d'augmenter et créeront un problème social, politique et économique.

Ce qui est malheureux, c'est que les gouvernements partout dans le monde ne se sont pas vraiment donnés la peine d'examiner l'infrastructure qui sera nécessaire pour répondre aux exigences ou aux attentes de cette génération.

À la décharge de notre système — et c'est une chose qu'on ne dit pas souvent — j'ajouterais que c'est en partie pour s'attaquer à ce problème que le gouvernement a pris des mesures en vue d'encourager l'effet de levier financier offert par l'assurance-maladie afin d'aller chercher davantage de fonds auprès de la population retraitée. Cela aura donc pour effet de réduire la demande sur la main-d'oeuvre qui aura diminué dans quelques années.

C'est l'une des raisons pour lesquelles notre gouvernement a en fait réduit un programme d'encouragement très substantiel de carottes et de bâtons qui vise à accroître les taux de participation. En effet, ce programme encourage davantage de gens qui le souhaitent et qui en ont les moyens à puiser dans leurs propres poches pour mettre de l'argent dans le système de soins de santé, ajoutant ainsi aux fonds provenant du système fiscal. C'est quelque chose qui n'a pas encore été vraiment reconnu et apprécié en Australie.

Le deuxième vrai problème est celui des divergences d'opinions politiques sur la valeur ou l'absence de valeur du secteur privé des soins de santé. Cela crée un élément d'instabilité pour l'avenir.

La situation évolue et si nous pouvons faire reconnaître l'important effet de levier financier de l'assurance-maladie, on sera alors bien en mesure de relever ce défi.

Les autres problèmes, notamment le déplacement des coûts et les relations entre le gouvernement fédéral et le gouvernement des États, sont importants. Certainement au niveau politique, ils peuvent être fascinants. Je ne suis pas certain qu'ils soient en réalité plus que périphériques par rapport aux énormes problèmes qui consistent à savoir comment nous allons répondre aux demandes des personnes âgées et de la technologie en matière de santé, ce qui signifie qu'on pourra toujours faire davantage de choses pour eux.

Dr Martin: J'appuie certainement les commentaires généraux des intervenants. Le vieillissement de la population est sans contredit notre principal défi. En Australie, nous avons un système universel, même s'il peut être fragmenté et varié. Nous avons cette vision du système universel. Avec des exercices ponctuels de

safety net mentality in the guise of looking at national priorities and target groups, we are in danger of moving away from universality. People can fall through the cracks.

The funding of general practice — which has been holistic and universal — is moving increasingly to disease-specific payments, which to a certain degree is good. However, we want to maintain this universality and holistic approach.

My next point about general practice is that we have a demoralized general practice sector. Although it does provide the major amount of family health care, we do not have substitution — we do not even have practice nurses. Most care is provided by our general practitioners.

From my perspective, they are under-remunerated and demoralized. If you want to get the bugs out of your system, you need to optimize the morale of your health work force and the general practice sector because the major provider of care is where you need to direct these resources.

Senator Cordy: It has been a most fascinating discussion. As a follow-up to the questions on nursing shortages, if your study does provide solutions, would you please pass them along to us because we are certainly having the same problems in Canada.

The main component of your health care system appears to be very much doctor-centred with a strong hospital system. I am wondering whether you are moving toward home care in Australia because I have not heard much mention of that today. What would the level of home care be in the communities in Australia?

Dr. Kilham: We have a federally funded program called the Home and Community Care Program, which is primarily designed to try to keep elderly people fit and healthy in their homes and to delay the time they might require institutional care. Within that program is a whole series of activities, which includes programs that are community based. Local churches and all sorts of people have programs; some of them involve supporting people in their home. Others involve getting them out of their home and getting them involved in some kind of community activity to break down the isolation they may be suffering.

I am not sure I am in a position to assess the success of that program. Maybe I will invite someone else to comment on that. The federal government has funded it and the states have implemented it.

Dr. Madden: The Home and Community Care Program provides services to aged people and to people with disabilities. There is a wide range of support services for people under 65 with disabilities. Much emphasis has been on community mental health programs, the closure of the big psychiatric institutions, acute care being provided through the public hospital system, with mental health being moved into the community. Substantial resources

limitation des coûts, en adoptant une mentalité de filet de sécurité pour examiner les priorités nationales et les groupes cibles, nous risquons de nous éloigner de l'universalité. Les gens risquent de tomber entre les mailles du filet.

Le financement de la pratique générale — qui a été holistique et universelle — se dirige de plus en plus vers des paiements spécifiques aux maladies, ce qui, dans une certaine mesure, est une bonne chose. Cependant, nous voulons maintenir l'universalité et l'approche holistique.

L'autre chose que je voulais dire au sujet de la pratique générale, c'est que notre secteur de la pratique privée est démoralisé. Même s'il fournit la majeure partie des soins de santé familiale, nous n'avons pas de substitution, nous n'avons même pas d'infirmières exerçantes. La plupart des soins sont fournis par nos médecins généralistes.

À mon avis, ils ne sont pas assez payés et ils sont démoralisés. Si on veut régler les problèmes de notre système, il faut optimiser le moral des travailleurs et travailleuses de la santé et des omnipraticiens car c'est vers les principaux fournisseurs de soins qu'il faut diriger ces ressources.

Le sénateur Cordy: Il s'agit là d'un débat des plus fascinants. Pour faire suite aux questions concernant les pénuries d'infirmières, si votre étude permet de trouver des solutions, pourriez-vous nous les transmettre car nous avons certainement les mêmes problèmes au Canada.

L'élément principal de votre système de soins de santé semble être tout à fait centré sur les médecins avec un système hospitalier solide. Je me demande si vous êtes en train de passer aux soins à domicile en Australie car je ne vous ai pas beaucoup entendu mentionner cela aujourd'hui. Quel est le niveau des soins à domicile dans les collectivités en Australie?

Dr Kilham: Nous avons un programme financé par le fédéral qui s'intitule Programme de soins communautaires et à domicile et qui est conçu principalement pour essayer de faire en sorte que les personnes âgées puissent continuer de vivre chez elles en forme et en bonne santé et retarder le moment où elles auront besoin de soins institutionnels. Ce programme comporte toute une série d'activités, notamment des programmes communautaires. Les Églises locales et toutes sortes de personnes ont des programmes; certains d'entre eux consistent à aider les gens à la maison. D'autres programmes préconisent de les faire sortir de la maison pour qu'ils participent à une activité communautaire afin de briser leur isolement.

Je ne suis pas certain d'être en mesure d'évaluer le succès de ce programme. J'aimerais inviter quelqu'un d'autre à faire des commentaires à ce sujet. C'est un programme qui a été financé par le gouvernement fédéral et mis en oeuvre par le gouvernement des États.

Dr Madden: Le programme de soins communautaires et à domicile fournit des services aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Il y a toute une large gamme de services de soutien pour les gens de moins de 65 ans qui sont handicapés. On a mis l'accent sur les programmes communautaires de santé mentale: les grands établissements psychiatriques ont été fermés, le système d'hôpitaux publics fournit les soins actifs et les soins

have been pushed through a commonwealth state program under the medicare umbrella.

A particular part of our age care program is providing what is called "Community Care Packages" for people who would otherwise be eligible to go to federally funded nursing homes. This program is designed to allow people to stay in their own homes and give them care equivalent to that which they would get in a nursing home. This care would likely be similar to the lower intensity level of patient care, but it would be more than the ordinary two or three hours a week of home care that the Home And Community Care Program provides. The number of those packages has been growing very rapidly in recent years. It has been a very strong government emphasis.

Dr. Richards: In addition to the Home and Community Care Program, the other area being explored is the "hospital-in-the-home," which is more about acute illness intervention to either avoid hospitalization for conditions such as pneumonia, or to promote earlier discharge. One of the significant barriers to the uptake of these programs has been the commonwealth state funding dichotomy and the definitional issues. There has been debate as to whether someone receiving hospital-in-the-home care is a hospital patient, a public patient in a hospital or a private patient in a hospital who would therefore be funded under hospital-type funding arrangements, or whether they are an outpatient in the community and funded through the medicare system.

Although the trials of the hospital-in-the-home system have been successful in terms of outcome and cost-effectiveness, the cost-shifting issues continue to raise barriers to their widespread implementation, and they tend to be local trials.

Dr. Martin: The reason we are focused on doctors is that federal funding predominantly funds the medicare rebates for doctors. It also funds optometrists and provides some funding for dentists. It does not fund nurses and physios. They are all funded through the state system. We have a split. The pharmaceutical benefits scheme funds pharmacists for their dispensing activities.

We have a dichotomy in the way professionals are funded. Some are federally funded, some are state-funded and funded through private insurance, and some are just privately funded.

Senator Pépin: With respect to palliative care, do people get it in a nursing home, or can they have that service at home or from community services? Who pays for it?

de santé sont assurés par la communauté. Dans le cadre du régime d'assurance-maladie, on a été cherché d'importantes ressources pour un programme du Commonwealth et des gouvernements des États.

Un élément particulier de notre programme de soins pour les personnes âgées est ce qu'on appelle des soins communautaires pour les personnes qui seraient admissibles à des foyers financés par le gouvernement fédéral. Ce programme est conçu pour permettre aux gens de rester chez eux et leur donner des soins équivalents à ceux qu'ils recevraient dans un foyer pour personnes âgées. Ce sont des soins équivalant à la catégorie de soins mineurs aux patients, mais c'est plus que les deux ou trois heures habituelles de soins à domicile qu'offre le programme de soins communautaires et à domicile. On fait de plus en plus appel à cette formule depuis quelques années. Le gouvernement met beaucoup l'accent sur cette formule.

Dr Richards: En plus du programme de soins communautaire et à domicile, une autre possibilité que l'on explore est ce qu'on appelle «l'hôpital à domicile», c'est-à-dire une intervention dans des cas de maladie aiguë pour soit éviter l'hospitalisation pour des affections comme la pneumonie, soit promouvoir la sortie de l'hôpital plus tôt. L'un des principaux obstacles à l'application de ces programmes est la dichotomie au niveau du financement des gouvernements du Commonwealth et des États et les problèmes au niveau des définitions. Il y a un débat à l'heure actuelle pour déterminer si quelqu'un qui reçoit des soins dans le cadre du programme «hôpital à domicile» est un patient d'un hôpital, un patient public dans un hôpital ou un patient privé dans un hôpital qui serait par conséquent financé aux termes des ententes de financement pour les hôpitaux, ou si cette personne est un malade externe de la communauté et financée par le régime d'assurance-maladie.

Bien que les essais du système «hôpital à domicile» aient eu du succès sur le plan des résultats et de la rentabilité, le problème de déplacement des coûts continue d'ériger des obstacles à sa mise en oeuvre générale, et la tendance est généralement aux essais locaux.

Dr Martin: La raison pour laquelle nous mettons l'accent sur les médecins c'est que les fonds fédéraux et le régime d'assurance-maladie financent surtout les remises pour les médecins. Il y a également financement des optométristes et un certain financement pour les dentistes. Il n'y a pas de financement pour les infirmières et les physios. Ils sont tous financés par le système des États. Nous avons une division. Le régime d'assurance-médicaments finance les pharmaciens pour leurs activités d'exécution d'ordonnance.

Nous avons une dichotomie dans la façon dont les professionnels sont financés. Certains sont financés par le gouvernement fédéral, d'autres sont financés par les gouvernements des États et l'assurance privée et d'autres sont tout simplement financés par le secteur privé.

Le sénateur Pépin: En ce qui concerne les soins palliatifs, les gens obtiennent-ils ces soins dans un foyer, domicile ou dans la communauté? Qui paie pour ces services?

Dr. Richards: Palliative care can be provided in a number of ways. In a number of areas of Australia there are hospices — residential hospital-type environments — for people who are in the terminal stages of an illness. These are usually funded by state governments. Medical services provided in those are funded through commonwealth funding arrangements in general. A great deal of palliative care is undertaken in the community, and the medical components are funded through medicare. The attendance of a family physician or even a specialist attending the patient's home would be funded under medicare, whereas the state usually provides the funding for the nursing component.

I might refer to another commonwealth program that has been around for 10 years. This program is administered by the Commonwealth Department of Health and Aged Care, which is the Divisions of General Practice Program. Divisions of General Practice are regional associations of general practitioners, family physicians, which are funded by the commonwealth government to encourage GPs to work together and to work with other parts of the local health sector — particularly state-funded health services to improve the integration of care. There are now 123 Divisions of General Practice covering the entire country. In rural areas they tend to have a large geographical area and a small number of doctors. In urban areas, a larger number of doctors tend to cover a smaller geographical area. They are funded to encourage communication between commonwealth-funded general practice services and state-funded nursing, hospital and other services. Many Divisions Of General Practice have focussed on palliative care as a priority to improve communication and delivery of services.

The Chairman: I wish to ask three questions on three different areas. My first question is with respect to co-payments or user fees. To what extent is there a concern that low-income people will not seek the medical attention they require because of the co-payment for a physician? As well, if they go to a physician and are given a prescription they will not actually fill that prescription because they do not have the money to pay the co-payment on the drug plan. Therefore, to what extent is there concern that low-income people do not truly have access to the system?

Dr. Kilham: Low income people would normally receive a health care card, therefore, most doctors would then not bill them and they would not have a medical co-payment. That card will also entitle them to concessional access to the pharmaceutical benefits scheme.

The primary way in which low-income people fail to get access is that they spend more time in public hospital queues. They will

Dr Richards: Les soins palliatifs sont dispensés de plusieurs façons. Dans un certain nombre de régions d'Australie, il y a des hospices — des résidences ressemblant à des hôpitaux — pour les gens qui sont en phase terminale. Ces hospices sont habituellement financés par les gouvernements des États. Les frais des services médicaux qui y sont fournis sont pris en charge par des arrangements de financement du gouvernement du Commonwealth en général. Une bonne partie des soins palliatifs sont offerts dans la communauté, et les éléments médicaux sont financés par le régime d'assurance-maladie. Lorsqu'un médecin de famille ou même un spécialiste visite le patient à domicile, ces services sont financés par le régime d'assurance-maladie tandis que l'État finance habituellement les soins infirmiers.

J'aimerais parler d'un autre programme du Commonwealth qui existe depuis 10 ans. Ce programme est administré par le Commonwealth Department of Health and Aged Care, qui est une division du Programme de pratique générale. Les divisions de pratique générale sont des associations générales de médecins généralistes, de médecins de famille, qui sont financés par le gouvernement du Commonwealth afin d'encourager les médecins généralistes à travailler ensemble et à travailler avec d'autres parties du secteur de santé local — particulièrement les services de santé financés par les États en vue d'améliorer l'intégration des soins. Il existe actuellement 123 divisions de pratique générale pour tout le pays. Dans les régions rurales, elles couvrent généralement une grande surface géographique et comptent un petit nombre de médecins. Dans les régions urbaines, un grand nombre de médecins couvrent habituellement un plus petit territoire géographique. Le financement de ces associations vise à encourager la communication entre les services de pratique générale financés par le gouvernement du Commonwealth et les services infirmiers, hospitaliers et autres services financés par les États. Bon nombre de divisions de pratique générale se sont données comme priorité les soins palliatifs afin d'améliorer la communication et la prestation des services.

Le président: Je voudrais poser trois questions dans trois domaines différents. Ma première question concerne les quotes-parts ou les frais modérateurs. Dans quelle mesure craint-on que les personnes à faible revenu n'aient pas se faire soigner même si elles en ont besoin si elles doivent payer une quote-part? Par ailleurs, si elles consultent un médecin et que ce dernier leur donne une ordonnance, elles risquent de ne pas en fait la faire remplir parce qu'elles n'ont pas l'argent pour acquitter la quote-part prévue dans le régime d'assurance-médicaments. Par conséquent, dans quelle mesure craint-on que les personnes à faible revenu n'aient pas vraiment accès au système?

Dr Kilham: Les personnes à faible revenu recevraient normalement une carte de soins de santé et par conséquent la plupart des médecins ne les factureraient pas et elles n'auraient pas à verser de quote-part. Cette carte leur donnera par ailleurs accès au régime d'assurance-médicaments, selon des conditions particulières.

La principale raison pour laquelle les personnes à faible revenu n'obtiennent pas satisfaction, c'est qu'il leur faut davantage de

get their access eventually, as long as they do not die before their number comes up.

Mr. Schneider: We should remember also that those low income people do have access to private health insurance, which is subsidized to the tune of 30 cents on the dollar. That does facilitate those who may wish to access private services with a capacity to do so. We now have 40 per cent of the population over 65. Most of those who are on low incomes are privately insured, so 40 per cent of our population who are over 65 actually have the capacity to access private hospitals and not wait in queues.

Dr. Richards: I mentioned earlier that just under 80 per cent of general practitioner physician services are directly billed to medicare at no co-payment to the patient. The rate of direct billing varies according to the amount of competition that exists in an area. In areas that have fewer doctors than are needed, particularly in rural areas, the rate of direct billing is lower. There is a direct market influence on that, and it is always entirely to the discretion of the doctor whether to directly bill a patient or to decide what level of fee is charged.

In general, in most parts of Australia, low income Australians are able to access medical services at no cost and are able to obtain pharmaceutical benefits at a significant concession — between \$3 and \$4 co-payment per item. However, access to medical services is at the discretion of the doctor in terms of the fee charged, which varies from place to place according to local factors.

Dr. Kilham: The cost of medical practice varies a great deal around the country — yet we have a uniform fee and a uniform rebate. We engineer our system to ensure that where the cost of medical services is high people do not get the same access. That is a choice we have made as a country. You can find in remote areas where the average fee charged is 50 per cent or more above the scheduled fee. You will find people there have very low incomes. There is no willingness on the part of the commonwealth government to recognize that there are cost differentials and to accommodate them within the system.

The other thing that influences the situation is income levels. In Canberra, which is the national capital, because of the structure of employment we have high average weekly incomes compared with the rest of the country, so we have quite a high rate of over-billing by doctors.

Dr. Richards: I would like to make one further comment on that. Traditionally, Australian medical practice has been funded almost exclusively on a fee-for-service basis. Over the last 10 years, there has been a deliberate move by government, in consultation with the profession, to move toward a blended system of remuneration, particularly for general practice. We have a program called the Practice Incentives Program, which provides some additional remuneration to general practices on essentially a capitation basis, and in that practice incentives program there is a

temps pour obtenir une place dans un hôpital public. Elles finissent par y avoir accès, pourvu qu'elles ne meurent pas avant que leur numéro soit tiré.

M. Schneider: Il ne faut pas oublier non plus que ces personnes à faible revenu ont accès à une assurance-maladie privée, qui est subventionnée jusqu'à concurrence de 30 p. 100. Cela facilite les choses pour ceux qui veulent se prévaloir de services privés. Nous avons actuellement 40 p. 100 de la population qui a plus de 65 ans. La plupart de ceux qui ont un faible revenu ont une assurance privée, de sorte que 40 p. 100 de la population de plus de 65 ans ont en fait accès à des hôpitaux privés et ne sont pas obligés d'attendre leur tour dans les hôpitaux.

Dr Richards: J'ai mentionné précédemment qu'un peu moins de 80 p. 100 des services de médecin généraliste sont directement facturés au régime d'assurance-maladie sans que la patient ait à payer une quote-part. Le pourcentage de la facturation directe varie selon la concurrence qui existe dans une région. Dans les régions qui ont moins de médecins que le nombre dont ils auraient besoin, particulièrement dans les régions rurales, un pourcentage moins élevé des services fournis est facturé. Le marché exerce une influence directe et c'est toujours entièrement au médecin de décider de facturer directement un patient ou de décider quel niveau de frais est facturé.

En général, dans la plupart des régions d'Australie, les Australiens à faible revenu ont gratuitement accès aux services médicaux et peuvent obtenir une assurance-médicaments à des conditions intéressantes — une quote-part entre trois et quatre dollars par article. Quoiqu'il en soit, l'accès aux services médicaux est laissé à la discrétion du médecin pour ce qui est des frais demandés, ce qui varie d'un endroit à l'autre selon les facteurs locaux.

Dr Kilham: Le coût de la pratique médicale varie considérablement au pays — pourtant nous avons des honoraires uniformes et une remise uniforme. Notre système a été conçu afin de s'assurer que là où le coût des services médicaux est élevé, les gens n'ont pas le même accès. C'est un choix que nous avons fait en Australie. Dans les régions éloignées, les frais moyens demandés sont de 50 p. 100 ou plus supérieurs aux frais prévus. Il y a dans ces régions des gens qui ont un revenu très faible. Le gouvernement du Commonwealth n'est pas du tout disposé à reconnaître qu'il y a des différences au niveau des coûts et à en tenir compte dans le système.

L'autre chose qui influence la situation est le niveau de revenu. À Canberra, qui est la capitale nationale, en raison de la structure de l'emploi, nous avons des revenus hebdomadaires moyens élevés par rapport au reste du pays, de sorte qu'un pourcentage très élevé de médecins font une surfacturation.

Dr Richards: J'aimerais faire une autre observation à ce sujet. Par le passé, la pratique médicale en Australie était financée presque exclusivement selon la formule de la rémunération à l'acte. Au cours des 10 dernières années, le gouvernement, après avoir consulté la profession, a décidé délibérément d'adopter un système mixte, particulièrement pour la pratique générale. Nous avons un programme intitulé «Programme d'encouragements de la pratique» qui offre une rémunération additionnelle aux médecins essentiellement fondée sur la capitation, et ce programme tient

significant loading for rurality. Therefore, doctors in remote areas are able to access higher levels of subsidy for their practice costs.

Dr. Martin: While the AMA supports a certain level of blended payments, certainly it has concerns about them going above 10 per cent, I believe, from discussions with the commonwealth. At one stage they had considered figures like 50 per cent. Now they are talking about 10 per cent, which is not a major recompense for this variation in practice.

The other concern is that this bulk billing has actually had some negative incentives on the quality of general practice care delivery. GPs shift to high turnover medicine to maximize income in order to survive, in order to maintain an economically viable practice.

Dr. Kilham: The issues relating to country doctors are very complex. It is not just a question of income or lifestyle that makes it hard to get people out there. The figures done by Dr. Richards' staff show that country people have less access to health services and poorer health status. That is the bottom line really.

Dr. Martin: In my understanding of the figures, it is in fact the Aboriginal population that really shift the status of the rural people to such a low level. In fact, most rural people are comparable to people in the same socio-economic status in urban settings, although often they are in the lower income levels.

Dr. Madden: Just let me clarify that. People in rural areas have difficulty accessing general practitioners. They do not have the hospitals and the specialists on site, but their use of hospital services is pretty much equivalent to the rest of the community. They are transported to the hospitals for those services, but the poorer health status we see — especially in remote Australia — is really an Aboriginal factor.

To the extent we have adequate figures, they are a small population. The non-indigenous population in remote areas has a health status equivalent to people in urban areas. It is not surprising because many people who gather in remote areas do not reside there for the whole of their lives. Nor will they go there or stay there if they have a poorer health status. In some rural areas, there are health problems in relation to injury. There is a very high injury rate and some elevations of cardiovascular disease, but generally, the health status is not all that different.

The Chairman: To what extent are waiting lines or queues a political problem, and to what extent is something being done about that?

I cannot resist coming to my other question because it puzzles me completely. Given the encouragement government is offering for private insurance in hospitals, what conceivable public policy reason would limit it to the hospitals? If you allow a private

considérablement compte de la ruralité. Par conséquent, les médecins dans les régions éloignées sont en mesure d'accéder à un niveau plus élevé de subvention pour leurs coûts de pratique.

Dr Martin: Bien que l'AMA appuie un certain niveau de paiements mixtes, il a certainement des préoccupations si cela dépasse 10 p. 100, je crois, d'après les entretiens avec le Commonwealth. À un moment donné, ils avaient envisagé, je crois, quelque chose comme 50 p. 100. Il est maintenant question de 10 p. 100, ce qui n'est pas une récompense majeure pour cette différence au niveau de l'endroit de la pratique.

L'autre préoccupation, c'est que cette facturation globale a en fait eu une incidence négative sur la qualité de la prestation des soins de pratique générale, en passant à des services médicaux à roulement élevé afin de maximiser le revenu pour survivre, pour maintenir une pratique économiquement viable.

Dr Kilham: Les problèmes concernant les médecins de campagne sont très complexes. Ce n'est pas seulement une question de revenu ou de mode de vie qui fait qu'il est difficile d'attirer les médecins là-bas. Selon une étude qui a été faite par l'équipe du Dr Richards, les gens dans les régions rurales ont moins accès aux services de santé et sont donc en moins bonne santé. En fait, c'est le résultat net.

Dr Martin: Si j'ai bien compris les chiffres, c'est en fait la population aborigène qui fait en sorte que la situation des gens dans les régions rurales est aussi mauvaise et en fait, leur situation est comparable sur le plan socio-économique aux gens qui habitent dans les régions urbaines et qui ont un faible niveau de revenu.

Dr Madden: Permettez-moi de préciser. Les gens dans les régions rurales ont du mal à avoir accès à des omnipraticiens. Ils n'ont pas les hôpitaux ni les spécialistes sur place, mais leur accès aux services hospitaliers est à peu près équivalent au reste de la communauté. Ils sont transportés vers les hôpitaux pour obtenir ces services, mais le pire état de santé que nous constatons, particulièrement dans les régions éloignées d'Australie, est vraiment chez la population aborigène.

Dans la mesure où nous avons les chiffres appropriés, ils ne représentent qu'une petite partie de la population. Dans les régions éloignées, l'état de santé de la population non indigène est équivalent à celui des gens des régions urbaines. Cela n'est pas surprenant car bon nombre de gens qui se trouvent dans des régions éloignées n'y résident pas pendant toute leur vie. Par ailleurs, ils ne vont pas s'y installer ni y rester s'ils ont une mauvaise santé. Dans certaines régions rurales, il y a des problèmes de santé par rapport aux blessures. Il y a un pourcentage de blessures très élevé et un plus grand nombre de maladies cardio-vasculaires, mais de façon générale, l'état de santé n'est pas tellement différent.

Le président: Dans quelle mesure les listes d'attente ou les files d'attente constituent-elles un problème politique, et dans quelle mesure fait-on quelque chose pour y remédier?

Je ne peux m'empêcher de poser une autre question car cela me laisse vraiment perplexe. Étant donné que le gouvernement encourage l'assurance privée dans les hôpitaux, je ne peux comprendre pourquoi la politique gouvernementale limiterait cela

insurance system — to quote from Mr. Schneider — why do you keep them inside the hospital walls? I cannot conceivably think of a public policy or, frankly, even a political rationale for that. Can someone comment on both of those issues?

Mr. Schneider: I share your difficulty in understanding why this is the case. When medicare was introduced, it was felt that it was essential for some reasons to confine health insurance to the hospital arena. I think this is quite illogical. It should be extended to primary care for the obvious reasons that insurers would be in a much better position to then exercise some support for cost-containment for primary care, for preventive measures. The current government has made some attempts to loosen these constraints, but those have been resisted by the opposition party, which has stopped them taking place.

I would hope that as time goes by, the opposition to having health insurance cover the whole system would go. I think the rationale would be that if that was done, a two-tier system might be created. I think it could be argued that we have a two-tier system now. The only difference is that it is not constructed by insurance. It is really a case of those people who are wealthier and better located get better services, and we could discuss that in relation to rural areas.

Waiting lists at public hospitals are a political problem that varies from time to time. Governments have tried to solve the problem by putting more financial resources into the public sector, but the tendency seems to be the same as it is anywhere else in the world. More money does not reduce waiting lists. All it does is allow those people who were not on the waiting list before to get put on to it.

The Chairman: I am sure someone in Canberra would like equal time.

Dr. Kilham: I will address the question of waiting times. Our experience is every time the state government announces a program to deal with waiting times, the waiting times get longer. Because we have this ability within the system to switch from the public to the private and back again, each time the government says it will spend more money to reduce the waiting lists, expectations of service in the public sector increase and people then rejoin the public sector lists. In reality, programs to reduce waiting times do not work; they only relocate the business in the public sector.

Governments should simply decide how much public hospital funding they are prepared to fund and then just let the system resolve it. If they decide there will be five-year waiting times for some elective procedures, then so be it, that is the rationing. This is a system where the demands are inexhaustible and rationing care cannot be avoided. If you are not going to use prices then you have to use waiting lists.

aux hôpitaux? Si on permet un régime d'assurance privée — pour citer M. Schneider — pourquoi le limiter à l'intérieur des murs de l'hôpital? Je ne peux vraiment songer à une politique gouvernementale ni même à des raisons politiques pour justifier cela. Quelqu'un pourrait-il faire des observations sur ces deux questions?

M. Schneider: Je partage votre difficulté à en comprendre les raisons. Lorsque le régime d'assurance-maladie a été introduit, on a pensé qu'il était essentiel pour certaines raisons de limiter l'assurance-maladie aux hôpitaux. Je pense que c'est tout à fait illogique. Cela devrait s'appliquer aux soins primaires pour la simple raison que les assureurs seraient beaucoup mieux placés alors pour contribuer à limiter les coûts des soins primaires, pour les mesures de prévention. Le gouvernement actuel a tenté de relâcher ces contraintes, mais le parti de l'opposition n'était pas d'accord, ce qui fait que cela n'a pas été possible.

J'espère qu'avec le temps, l'opposition à ce que l'assurance-maladie vise tout le régime disparaîtra. Je pense qu'on s'y oppose à l'heure actuelle en faisant valoir que cela pourrait créer un système à deux niveaux. Je pense que l'on peut dire que nous avons à l'heure actuelle un système à deux niveaux. La seule différence, c'est qu'il n'est pas créé par l'assurance. Ce sont vraiment les plus riches et ceux qui sont mieux situés qui obtiennent de meilleurs services et nous pourrions en discuter par rapport aux régions rurales.

Les listes d'attente dans les hôpitaux publics sont un problème politique dont l'importance est variable. Les gouvernements ont tenté de résoudre le problème en injectant plus de ressources financières dans le secteur public, mais la tendance semble être la même que partout ailleurs dans le monde. On met plus d'argent, mais les listes d'attente ne diminuent pas. Tout ce que cela permet de faire, c'est d'inscrire sur la liste des gens qui ne s'y trouvaient pas auparavant.

Le président: Je suis sûr que quelqu'un à Canberra voudrait avoir le même temps.

Dr Kilham: Je vais aborder la question des listes d'attente. D'après notre expérience, chaque fois que le gouvernement de l'État annonce un programme pour réduire les périodes d'attente, les périodes d'attente ne font que s'allonger. Puisque le système permet de passer du secteur public au privé et de revenir au public, chaque fois que le gouvernement annonce qu'il dépensera plus d'argent pour réduire les listes d'attente, les attentes quant au service dans le secteur public deviennent plus élevées et les gens s'inscrivent alors sur les listes du secteur public. En réalité, les programmes visant à réduire les périodes d'attente ne fonctionnent pas; ils ne font qu'augmenter le nombre des clients du secteur public.

Les gouvernements devraient simplement décider quel montant ils sont prêts à consacrer au financement des hôpitaux publics et laisser ensuite le système s'équilibrer de lui-même. S'ils décident qu'il y aura une période d'attente de cinq ans pour certains actes médicaux facultatifs, il faudra s'accommoder de ce rationnement. Nous sommes en présence d'un système où la demande est intarissable et il est donc inévitable de rationner les soins. Si le mécanisme de rationnement n'est pas le prix, il faudra que ce soit les listes d'attente.

On the question of why we restrict private health insurance to the hospital sector, the fact is that medicare in Australia has been a very successful program. It has been very stable, it is well understood, it is easy to negotiate, and so it is very popular with the people.

For that reason, it has taken on something of the characteristic of a sacred cow. Governments are forever changing it; but they are changing it surreptitiously and secretly with underground methods. However, they are not ostensibly changing it and there is simply no groundswell of public pressure for it to be changed. That is the reality. It is popular, it is stable, and people want it to stay.

Dr. Richards: My understanding is that when the medicare system was introduced in 1983-1984, it was done by the Labour government in the context of a wage deal with the unions, where free access to medical services under medicare were part of the "social wage" under an accord with the union movement.

Given that access to primary health care services is seen by the general community and by the political parties as the most sensitive political issue, availability of private health insurance I understand was seen as potentially increasing the price. Whereas accessibility and the competitive pressures around bulk billing were seen as reducing the price to individuals and I think the public policy sits in that context.

In terms of waiting lists, the newspapers love stories about public hospital waiting lists and political parties use them to kick each other. The public focus on public hospital waiting lists is one of the major barriers to the commonwealth becoming interested in taking on responsibility of the funding of public hospitals because currently the odium is firmly to the state governments now.

Dr. Madden: Collecting statistics on waiting times is probably the most difficult area across Australia. We do not have national definitions and it is certainly something that gets everyone very sensitive. There are three tiers of waiting time. The most urgent cases — those counted if they wait more than 30 days for treatment — are fairly limited in number. The big waiting times are out in the third category, the lowest need category. It is easy to overstate the issue.

With regard to access to service in the community, it has not been mentioned that there is ancillary health insurance in Australia that does cover dentistry and physiotherapy and other services. This plan is optional. It does not necessarily go with hospital insurance. But the government 30 per cent subsidy covers that ancillary insurance as well.

So there are, in fact, quite large commonwealth subsidies going through the private health insurance system now to people who have this ancillary insurance. The statistics show some odd outcomes in that regard as to who is getting Commonwealth

Sur la question de savoir pourquoi nous restreignons l'assurance-maladie privée au secteur hospitalier, l'assurance-maladie est un programme qui a connu un grand succès. Il est très stable, il est bien compris, il est facile à négocier et il est donc très populaire.

Pour cette raison, il est devenu en quelque sorte une vache sacrée. Les gouvernements le modifient constamment, mais ils le font subrepticement, en secret, clandestinement. Ils ne le changent pas ostensiblement et la population ne réclame tout simplement pas à cor et à cri des changements à cet égard. C'est la réalité. Le programme est populaire, il est stable et les gens veulent le conserver.

Dr Richards: Je crois savoir que quand le régime d'assurance-maladie a été mis en place en 1983-1984, c'est le gouvernement travailliste qui l'avait fait dans le contexte d'une entente salariale avec les syndicats, le libre accès aux services médicaux faisant partie d'une «rémunération sociale» dans le cadre d'un accord avec le mouvement syndical.

Étant donné que l'accès aux soins de santé primaires est vu par le grand public et par les partis politiques comme le dossier politique le plus délicat, je comprends que la disponibilité d'une assurance-maladie privée ait été considérée comme un facteur pouvant faire augmenter le prix alors que l'on estimait que l'accessibilité et les pressions compétitives dans le dossier de la facturation globale pouvaient réduire le prix pour les particuliers. Je pense que c'est dans ce contexte qu'il faut situer la politique publique.

Pour ce qui est des listes d'attente, les journaux adorent publier des reportages sur les listes d'attente dans les hôpitaux publics et les partis politiques s'en servent pour tenter de se démolir mutuellement. La fixation publique sur les listes d'attente dans les hôpitaux publics est l'un des principaux obstacles qui empêchent les autorités fédérales d'envisager d'assumer la responsabilité du financement des hôpitaux publics, parce qu'actuellement, ce sont les gouvernements des États qui assument l'odieux de la situation.

Dr Madden: Il est probablement très difficile d'obtenir des statistiques sur les périodes d'attente dans l'ensemble de l'Australie. Nous n'avons pas de définition nationale et il est certain que chacun est très sensible à cet aspect. Il y a trois niveaux de périodes d'attente. Les cas les plus urgents, c'est-à-dire qui deviennent urgents si le patient doit attendre plus de 30 jours, sont assez peu nombreux. C'est dans la troisième catégorie, celle des besoins les moins urgents, que les listes d'attente sont les plus longues. Il est facile d'exagérer la gravité de la situation.

Pour ce qui est de l'accès au service, on n'a pas mentionné qu'il y a en Australie une assurance-maladie accessoire qui couvre les soins dentaires, la physiothérapie et d'autres services. Ce régime est facultatif. Il ne fait pas partie de l'assurance-hospitalisation. Mais la subvention gouvernementale de 30 p. 100 couvre également cette assurance accessoire.

Il y a donc, en fait, d'importantes subventions fédérales qui sont actuellement versées par l'entremise du régime d'assurance-maladie privé aux personnes qui ont souscrit cette assurance accessoire. Les statistiques font ressortir des résultats

government subsidies, say for dentistry, which is a highly sensitive issue we have not touched on otherwise.

Mr. Schneider: It sounds like the absurd situation where we can pay a podiatrist to cut a diabetic's toenails, but we cannot pay a general practitioner to refer the patient to the podiatrist in the first place. However, we can pay a surgeon in a private hospital to amputate the leg if the diabetic patient develops gangrene because his or her toenails were not cut properly. That is one of the absurdities of not having a link between the primary care and the hospital care.

One of the points is true, that originally it was felt that if private insurance was funding primary care, it would increase the cost of the system because doctors would trade off with government the benefits they were getting from insurance. They would demand higher medicare rebates or otherwise decline to treat medicare patients. I do not think our experience has shown that to be true. The GP market is very competitive.

What we are saying at the moment is not perhaps robbing Peter to pay Paul but collecting from Peter to pay Paul. The patient who is bulk-billed is being subsidized by the co-payment charged to the wealthier person who the doctor may feel can afford to pay. So in a practice you will have low-income people being bulk billed, higher income people being charged co-payments. Now I see no logic why people should not be able to insure for that primary care, but it is a political problem.

The Chairman: I thank you all on behalf of my colleagues for what has not only been very helpful but, as one has learned to expect over the years in dealing with Australians, wonderful candour and a great sense of humour. We thank all of you for taking the time to be with us. It has been an entertaining and helpful finish to our day.

The committee adjourned.

parfois étranges à cet égard, quant à savoir qui touche les subventions du gouvernement fédéral, disons pour les soins dentaires, et c'est un dossier très délicat dont nous n'avons pas parlé par ailleurs.

M. Schneider: C'est une situation parfois absurde où nous pouvons payer un podiatre pour couper les ongles d'orteil d'un diabétique, mais où nous ne pouvons pas payer un médecin de famille pour référer le patient au podiatre. Par contre, nous pouvons payer un chirurgien dans un hôpital privé pour amputer la jambe du patient diabétique si la gangrène se déclare parce que ses ongles d'orteil n'ont pas été bien coupés. C'est l'une des absurdités qui accompagnent l'absence de lien entre les soins primaires et les soins hospitaliers.

L'un des arguments est vrai, à savoir qu'à l'origine, on estimait que si l'assurance privée finançait les soins primaires, cela augmenterait le coût du système parce que les médecins exigeraient du gouvernement la même rémunération qu'ils toucheraient de l'assurance. Ils exigeraient d'être payés plus, faute de quoi ils refuseraient de traiter les patients qui leur seraient envoyés par l'assurance-maladie. Je ne pense pas que notre expérience ait démontré que ce soit vrai. Le marché des médecins généralistes est très compétitif.

Ce que nous disons, ce n'est pas qu'il faut voler Pierre pour payer Paul, mais plutôt qu'il faut percevoir l'argent de Pierre pour payer Paul. Le patient qui se fait facturer globalement est subventionné par la quote-part imposée à la personne la plus riche dont le docteur estime qu'elle est capable de payer. C'est ainsi qu'un médecin peut avoir des patients à faible revenu qui sont facturés globalement, et des patients à revenu plus élevé à qui il fait payer plus cher. Maintenant, je ne vois aucun argument logique empêchant les gens de s'assurer pour les soins primaires, mais c'est un problème politique.

Le président: Je vous remercie tous au nom de mes collègues pour vos interventions qui ont été non seulement très utiles, mais aussi, comme on en est venu à s'y attendre au fil des années de la part des Australiens, d'une grande franchise et marquées par un très bon sens de l'humour. Nous vous remercions tous d'avoir bien voulu prendre le temps de discuter avec nous. Cela met un point final réjouissant à notre journée.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

(By videoconference)

From the Australian Institute of Health and Welfare:

Dr. Richard Madden, Director.

From the Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, Chief Executive Officer.

From the National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University:

Dr. Tony Adam, Professor of Public Health.

From the Health Insurance Commission, Australia:

Dr. Brian Richards.

From the Australian Medical Association:

Dr. Roger Kilham;

Dr. Carmel Martin, Director.

(Par Vidéoconférence)

De l'Institut australien de la santé et du bien-être:

Dr Richard Madden, directeur.

De la Australian Health Insurance Association:

Russel Schneider, président-directeur général.

Du National Centre for Epidemiology and Population Health — Australian National University:

Dr Tony Adam, professeur, Santé publique.

De la Health Insurance Commission, Australie:

Dr Brian Richards.

De l'Association médicale de l'Australie:

Dr Roger Kilham;

Dr Carmel Martin, directeur.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

Social Affairs, Science and Technology

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Wednesday, June 13, 2001

Issue No. 22

Twenty-first meeting on:
The state of the health care system in Canada

INCLUDING:

THE SIXTH REPORT OF THE COMMITTEE
Budget for the special study on the state of federal
government policy relating to the preservation and
promotion of a sense of community and national
belonging in Canada

AND

THE SEVENTH REPORT OF THE COMMITTEE
Budget for the special study on the state of the
health care system in Canada

WITNESSES:
(See back cover)

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mercredi 13 juin 2001

Fascicule n° 22

Vingt et unième réunion concernant:
L'état du système de soins de santé au Canada

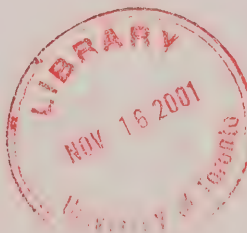
Y COMPRIS:

LE SIXIÈME RAPPORT DU COMITÉ
Budget pour l'étude spéciale sur l'état de la
politique fédérale sur la préservation et la
promotion de l'esprit communautaire et du
sentiment d'appartenance au Canada

ET

LE SEPTIÈME RAPPORT DU COMITÉ
Budget pour l'étude spéciale sur l'état du
système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

* Carstairs, P.C.	Graham, P.C.
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(or Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche
Finestone, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Change in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Finestone, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*June 13, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

* Carstairs, c.p.	Graham, c.p.
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cohen	(ou Kinsella)
Cook	Morin
Cordy	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche
Finestone, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Finestone, c.p., est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 13 juin 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Wednesday, June 13, 2001

(24)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 3:35 p.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., Kirby, Morin, Robertson and Roche (8).

Other senators present: The Honourable Senators Banks and Keon (2).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore and Howard Chodos.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

WITNESSES:

From Health Canada:

Ake Blomqvist, Visiting Academic, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch and Professor, University of Western Ontario.

From the University of Calgary:

Professor Cam Donaldson, Department of Economics

From the University of Toronto (by video conference):

Professor Colleen Flood, Faculty of Law.

As an individual:

Claude Forget.

From the University of Toronto:

Professor Mark Stabile, Department of Economics;

Professor Carolyn Tuohy, Department of Political Science.

The Chairman made a statement.

Mr. Forget made a statement. Professor Donaldson made a statement. Professor Blomqvist made a statement. Professor Flood made a statement. Professor Stabile made a statement. Professor Tuohy made a statement. The witnesses answered questions.

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le mercredi 13 juin 2001

(24)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 15 h 35, dans la salle 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., Kirby, Morin, Robertson et Roche (8).

Autres sénateurs présents: Les honorables sénateurs Banks et Keon (2).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore et Howard Chodos.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale sur l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada (*voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité*).

TÉMOINS:

De Santé Canada:

Ake Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, Université Western Ontario.

De l'Université de Calgary:

M. Cam Donaldson, professeur, département d'économique.

De l'Université de Toronto (par vidéoconférence):

Mme Colleen Flood, professeure, faculté de droit.

À titre personnel:

Claude Forget.

De l'Université de Toronto:

M. Mark Stabile, professeur, département d'économique;

Mme Carolyn Tuohy, professeure, département de sciences politiques.

Le président fait une déclaration.

M. Forget, M. Donaldson, M. Blomqvist, Mme Flood, M. Stabile et Mme Tuohy font tous une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

At 5:54 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

À 17 h 54, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTEST:

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

REPORT OF THE COMMITTEE

Wednesday, May 16, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SIXTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on Tuesday, April 24th, 2001, to examine and report upon the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada, respectfully requests that it be empowered to engage the services of such counsel and technical, clerical and other personnel as may be necessary for the purpose of such study.

Pursuant to section 2:07 of the Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees, the budget submitted to the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration and the report thereon of that Committee are appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mercredi 16 mai 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

SIXIÈME RAPPORT

Votre Comité, autorisé par le Sénat mardi 24 avril 2001 à examiner pour en faire rapport l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada, demande respectueusement, que le Comité soit autorisé à retenir les services d'avocats, de conseillers techniques et de tout autre personnel jugé nécessaire aux fins de ses travaux.

Conformément à l'article 2:07 des Directives régissant le financement des comités du Sénat, le budget présenté au Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration ainsi que le rapport s'y rapportant, sont annexés au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY
SPECIAL STUDY ON CANADIAN IDENTITY

APPLICATION FOR BUDGET AUTHORIZATION FOR THE FISCAL YEAR ENDING MARCH 31, 2002

Extract from the *Journals of the Senate*:

Resuming debate on the motion of the Honourable Senator , seconded by the Honourable Senator :

That the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology be authorized to examine and report upon the state of federal government policy relating to the preservation and promotion of a sense of community and national belonging in Canada. In particular, the Committee shall be authorized to examine:

- (a) the effectiveness of the policies, programs, symbols and institutions that have been used in the past to promote and protect Canadian distinctiveness or which have fostered an element of Canadian distinctiveness merely by their existence;
- (b) the effects of globalization and rapid technological change on Canada's ability to preserve and promote its distinctiveness at home and abroad;
- (c) the options that exist to modernize federal policies with respect to preserving, creating and promoting the uniqueness of Canada in a changing national and international context;
- (d) the opportunities that exist to use new technologies to market our unique qualities to the world and to engender pride in Canadians about themselves and their country.

That the Committee submit its final report no later than December 20, 2002; and

That the Committee be permitted, notwithstanding usual practices, to deposit any report with the Clerk of the Senate, if the Senate is not then sitting; and that the report be deemed to have been tabled in the Chamber.

After debate.

The question being put on the motion, it was adopted.

Paul C. Bélisle

Clerk of the Senate

SUMMARY OF EXPENDITURES

Professional and Special Services	\$ 7,500
Transportation and Communications	10,000
Other Expenditures	<u>1,000</u>
TOTAL	\$ 18,500

The foregoing budget was approved by the Committee _____

The undersigned or an alternate will be in attendance on the date that this budget is considered.

Date

Hon. Senator Michael Kirby
Chair, Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology

Date

Hon. Senator Richard Kroft
Chair, Standing Senate Committee on Internal Economy, Budgets and Administration

STANDING COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY
EXPLANATION OF COST ELEMENTS

PROFESSIONAL AND SPECIAL SERVICES

1. Communications Consultant 5 days x \$700	3,500	
2. Working Meals (0415) Working lunches and dinners	<u>4,000</u>	
Subtotal		\$ 7,500

TRANSPORTATION AND COMMUNICATIONS

1. Travel (0201) To be determined – conferences etc. Air travel, hotel, per diem	5,000	
	<u>5,000</u>	
2. Videoconferencing (0226)		
Subtotal		\$ 10,000

ALL OTHER EXPENDITURES

1. Miscellaneous expenses (0799)	<u>1,000</u>	
Subtotal		\$ 1,000
TOTAL		\$ 18,500

The Senate Administration has reviewed this budget application.

Heather Lank
Director of Committees and Private Legislation

Date

Richard Ranger
Director of Finance

Date

**LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE**

ÉTUDE SPECIALE SUR L'IDENTITÉ CANADIENNE

DEMANDE D'AUTORISATION DE BUDGET POUR L'EXERCICE SE TERMINANT LE 31 MARS 2002

Extrait des *Journaux du Sénat*:

Reprise du débat sur la motion de l'honorable sénateur, appuyée par l'honorable sénateur.

QUE le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie soit autorisé à examiner, pour en faire rapport, l'état de la politique fédérale sur la préservation et la promotion de l'esprit communautaire et du sentiment d'appartenance au Canada. En particulier, que le Comité soit autorisé à examiner :

- a) l'efficacité des politiques, des programmes, des symboles et des institutions qui ont servi dans le passé à promouvoir et à protéger le caractère distinct du Canada ou qui, par leur simple existence, ont fait ressortir un aspect du caractère distinct du Canada;
- b) les effets de la mondialisation et de l'évolution technologique rapide sur l'aptitude du Canada à préserver et à promouvoir son caractère distinct au pays et à l'étranger;
- c) les options qui existent pour moderniser les politiques fédérales relatives à la préservation, à la création et à la promotion du caractère unique du Canada dans un contexte national et international en constante évolution;
- d) les possibilités d'utiliser de nouvelles technologies pour faire connaître nos qualités particulières au monde entier et pour rendre les Canadiens fiers d'eux et de leur pays.

Que le Comité présente son rapport final au plus tard le 20 décembre 2002; et

Que, sans égard aux pratiques habituelles, si le Sénat ne siège pas lorsque le rapport du comité sera terminé, le rapport puisse être déposé auprès du Greffier du Sénat et qu'il soit considéré comme ayant été déposé devant cette Chambre.

Après débat.

La motion, mise aux voix, est adoptée.

Le greffier du Sénat,

Paul Bélisle

SOMMAIRE

Services professionnels et autres	7 500 \$
Transports et communications	10 000 \$
Autres dépenses	<u>1 000 \$</u>
TOTAL	18 500 \$

Le budget ci-dessus a été approuvé par le Comité le _____.

Le soussigné ou son remplaçant assistera à la séance au cours de laquelle le présent budget sera étudié.

Date _____

l'hon. Sénateur Michael Kirby
Président, Comité sénatorial permanent des affaires sociales,
des sciences et de la technologie

Date _____

l'Hon. Sénateur Richard Kroft
Président, Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration

**COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES,
DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE****EXPLICATIONS DES POSTES DE DÉPENSES****SERVICES PROFESSIONNELS ET AUTRES**

1. Agent de communications 5 jours x 700 \$	3 500 \$	
2. Repas de travail (0415)	<u>4 000 \$</u>	
Sous total		7 500 \$

TRANSPORTS ET COMMUNICATIONS

1. Voyage (0201) A déterminer – conférences etc. Transports aérien, hôtel, frais de déplacement	5 000 \$	
	<u>5 000 \$</u>	
2. Conférences de vidéo (0226)		
Sous total		10 000 \$

AUTRES DÉPENSES

1. Divers (0799)	<u>1 000 \$</u>	
Sous total		<u>1 000 \$</u>
TOTAL		18 500 \$

L'administration du Sénat a examiné le budget

Heather Lank
Directeur des Comités et de la Législation privée

Date

Richard Ranger
Directeur des Finances

Date

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Thursday, May 10, 2001

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2002 for the purpose of its Special Study on Canadian Identity, as authorized by the Senate on Tuesday, April 24, 2001. The approved budget is as follows:

Professional and Other Services	\$ 4,000
Transport and Communications	\$ 0
Miscellaneous	\$ <u>0</u>
Total	\$ 4,000

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le jeudi 10 mai 2001

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget présenté par le Comité permanent des Affaires sociales, des sciences et de la technologie pour les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2002 aux fins de leur Étude spéciale sur l'identité canadienne, tel qu'autorisé par le Sénat le mardi 24 avril 2001. Le budget approuvé se lit comme suit:

Services professionnels et autres	4 000 \$
Transports et des communications	0 \$
Divers	<u>0 \$</u>
Total	4 000 \$

Respectfully submitted,

Respectueusement soumis,

Le président,

RICHARD KROFT

Chair

REPORT OF THE COMMITTEE

Tuesday, June 12, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology has the honour to present its

SEVENTH REPORT

Your Committee, which was authorized by the Senate on March 1, 2001 to examine and report upon the state of the health care system in Canada, respectfully requests, that it be empowered to travel within Canada for the purpose of such study.

Pursuant to section 2:07 of the *Procedural Guidelines for the Financial Operation of Senate Committees*, the budget application submitted was printed in the *Journals of the Senate* of April 24, 2001. On May 16, 2001, the Senate approved the release of \$5,000 to the Committee. The report of the Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration recommending the release of additional funds is appended to this report.

Respectfully submitted,

RAPPORT DU COMITÉ

Le mardi 22 juin 2001

Le Comité permanent sénatorial des Affaires sociales, des sciences et de la technologie a l'honneur de présenter son

SEPTIÈME RAPPORT

Votre Comité, autorisé par le Sénat le 1^{er} mars 2001 à examiner pour en faire rapport l'état du système de soins de santé au Canada, demande respectueusement, à pouvoir se déplacer au Canada aux fins de ces travaux.

Conformément à l'article 2:07 des *Directives régissant le financement des comités du Sénat*, la demande de budget présenté été imprimé dans les *journaux du Sénat* le 24 avril 2001. Le 16 mai 2001, le Sénat a approuvé un déblocage de fonds de 5 000\$. Le rapport du Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration recommandant un déblocage additionnel de fonds est annexé au présent rapport.

Respectueusement soumis,

Le président,

MICHAEL KIRBY

Chair

APPENDIX (B) TO THE REPORT

Tuesday, June 12, 2001

The Standing Committee on Internal Economy, Budgets and Administration has examined the budget presented to it by the Standing Committee on Social Affairs, Science and Technology for the proposed expenditures of the said Committee for the fiscal year ending March 31, 2002 for the purpose of its Special Study on the Health Care System, as authorized by the Senate on Thursday, March 1, 2001. The Committee recommends the release of the following additional funds:

Professional and Other Services	\$ 82,000
Transport and Communications	\$184,000
Miscellaneous	<u>\$ 12,000</u>
Total	\$ 278,000

Respectfully submitted

ANNEXE (B) AU RAPPORT

Le mardi 12 juin 2001

Le Comité permanent de la régie interne, des budgets et de l'administration a examiné le budget présenté par le Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie pour les dépenses projetées dudit Comité pour l'exercice se terminant le 31 mars 2002 aux fins de leur Étude spéciale sur le système de santé tel qu'autorisé par le Sénat le jeudi 1 mars 2001. Le Comité recommande le déblocage des fonds supplémentaires suivants :

Services professionnels et autre	82 000 \$
Transports et des communications	184 000 \$
Divers	<u>12 000 \$</u>
Total	278 000\$

Respectueusement soumis.

Le président,

RICHARD H. KROFT

Chair

EVIDENCE

OTTAWA, Wednesday, June 13, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 3:35 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Michael Kirby (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Chairman: Honourable senators, I see a quorum. I would like to thank all of our witnesses for appearing including Professor Flood, who is here from Switzerland today to speak before us.

The purpose of today's hearing is to have a round table with a very distinguished panel of witnesses. What can Canada learn from health care systems in other countries? Are there ways of doing things that we ought to adopt? Are there lessons that we should avoid?

We have had some comparative research done for the committee. We have also had a very interesting series of videoconferences, from Sweden, the United Kingdom and from Germany. We have not only had the benefit of some written research material, but also we have had the benefit of talking to a series of experts.

Our goal today is to have a general discussion along the lines of the five questions that were sent to you.

Please proceed with your opening comments.

Mr. Claude Forget, former Minister of Health: Would you prefer that we address the five questions in our introductory comments?

The Chairman: That is correct. You may make any opening comments that you want to make, but we would prefer that you relate to the five questions. You may take five or six minutes for each for introductory comment. That should consume about half an hour and lead us to an interesting debate.

Mr. Forget: The first question that you posed was: "How do the health care systems of other countries differ from Canada, and what impact do those differences have on issues like cost-containment?"

It should be obvious from the written research, as well as from the verbal comments that you heard a few weeks ago, that differences in systems, at least among the countries that we are currently thinking about, are rather slight.

One must make a distinction between the differences in the health systems themselves, and the differences in the societies. One must consider the underlying, overall societies that provide the context for these systems.

I met with managers of U.S. health care organizations and U.S. health care government officials recently. I was struck at the similarity in the issues that we confront, the goals that we have in common, cost-containment for example, and even the tools that we use. However, that does not minimize the differences in the overall systems because the systems and the problems that

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le mercredi 13 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit ce jour à 15 h 35 pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

Le sénateur Michael Kirby (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

Le président: Honorables sénateurs, nous avons le quorum. Je tiens à remercier tous nos témoins, notamment la professeure Flood, qui est venue de Suisse pour s'entretenir avec nous.

Notre séance d'aujourd'hui consiste en une table ronde avec un groupe d'éminents témoins. Quels enseignements le Canada peut-il tirer des systèmes de soins de santé des autres pays? Devrions-nous adopter certaines de leurs façons de faire? Y a-t-il au contraire des choses que nous devrions éviter?

Nous avons fait effectuer des recherches comparatives à l'intention du comité. Nous avons aussi tenu une série très intéressante de vidéoconférences avec la Suède, le Royaume-Uni et l'Allemagne. Non seulement nous avons pu recevoir des documents de recherche écrits, mais nous avons aussi pu discuter avec divers experts.

Nous avons l'intention aujourd'hui d'avoir un débat général autour des cinq questions que nous vous avons soumises.

Vous avez la parole pour vos remarques d'ouverture.

M. Claude Forget, ancien ministre de la Santé: Préférez-vous que nous abordions ces cinq questions dans nos remarques liminaires?

Le président: Oui. Vous pouvez dire tout ce que vous voulez, mais nous préfererions que vous vous en teniez à ces cinq questions. Vous pouvez prendre cinq ou six minutes chacun pour vos déclarations initiales. Cela devrait nous permettre d'avoir un débat intéressant.

M. Forget: La première que vous avez posée était la suivante: «En quoi les systèmes de soins de santé des autres pays diffèrent-ils de celui du Canada et quelles sont les conséquences de ces différences sur des problèmes comme la limitation des coûts?»

Il doit être évident, à la lumière des textes aussi bien que des commentaires oraux que vous avez entendus il y a quelques semaines, que les différences d'un système à l'autre, en tout cas parmi les pays auxquels nous songeons actuellement, sont relativement ténues.

Il faut faire la distinction entre les différences concernant les systèmes de santé eux-mêmes, et les différences entre les sociétés. Il faut prendre en compte les éléments fondamentaux des sociétés qui représentent le contexte de ces systèmes.

J'ai récemment rencontré des dirigeants d'organisations de soins de santé aux États-Unis et des hauts fonctionnaires américains responsables des soins de santé. J'ai été frappé par la similitude des problèmes auxquels nous sommes confrontés, des objectifs que nous nous fixons, par exemple la limitation des coûts, et même des outils que nous utilisons. Cela n'enlève rien

confront them are seen from the vantage point of a society that is different in many respects.

For instance, the U.S. is a wealthier society and is able to spend more and pay people more. It is a more litigious society and that has all kinds of consequences. It is a society that is more tolerant of exclusion and disparities, and that is also reflected in problems of lack of coverage and so on.

However, the systems are confronted with the same realities and try to cope with those realities. That is even more true in the case of European systems. Within the European systems there are many similarities and many similar frustrations. However, there is a difference and I would like to underline that difference.

It is quite apparent that some societies, at least in Western Europe, have perhaps had a more pragmatic approach to the problems of their health systems. They have experimented and have attempted to devise new approaches.

That has not been a steady course for any them, because the closeness of these systems to the political life of their respective countries has meant that there have been several changes. I am referring here to the Stockholm experiment in Sweden and the capping of the waiting lists. I am also thinking about the internal market in Britain, and the way it was dashed with the change of government.

It appears that there are many instances of pragmatic solutions being attempted. However, those systems are closely related with the political lives of their respective country means that the attempts are fragile. These experiments are not sustained, even when successful.

I would not condemn any system for attempting new solutions and changing its mind when new solutions are not effective. However, this has not been the case. The closeness of the system to the political life of the country means that ideological reasons are the cause of the system's failure.

We share that habit to some extent. It should alert us to the danger of a public system that is held hostage by the vagaries of political life. When the health care system is tied to the political system it fails to sustain a pragmatic, managerial approach to problem solving. That is something that we sorely miss in the public system. The public system appears less satisfactory to the users when compared with a private system.

I am putting aside all the questions of distribution and access. Certainly, in terms of managing the system, this feature points to differences.

The second question is: "Can we learn from others?" I say, yes, we can learn from others.

The question is whether we would be more successful in avoiding the trap that I just described. I note from reading the testimonies that you have heard, including the Stockholm private management of hospital experiment, that there is a factor that is

toutefois aux différences entre nos systèmes, car ces systèmes et les problèmes auxquels ils sont confrontés sont perçus dans le contexte de sociétés très différentes.

Par exemple, les Américains sont plus riches et peuvent dépenser plus d'argent et mieux payer les personnes. C'est une société plus procédurière et cela a toutes sortes de conséquences. C'est une société qui tolère plus l'exclusion et les disparités, et cela se traduit par des problèmes de manque de couverture, et cetera.

Toutefois, nos systèmes sont confrontés aux mêmes réalités et essaient de faire face à ces réalités. C'est encore plus vrai dans le cas des systèmes européens. On retrouve dans ces systèmes de nombreuses similitudes et de nombreuses frustrations analogues. Il y a cependant une différence que je voudrais souligner.

Il est flagrant que certaines sociétés, au moins en Europe de l'Ouest, ont abordé les problèmes de leurs systèmes de santé d'une manière peut-être plus pragmatique. Ces sociétés ont mis à l'essai ou essayé de concevoir de nouvelles démarches.

Cette évolution ne s'est pas faite de façon linéaire, car, comme ces systèmes sont étroitement liés à la vie politique du pays, ils ont subi diverses fluctuations. Je fais allusion ici à l'expérience de Stockholm en Suède et au plafonnement des listes d'attente. Je pense aussi au marché interne de Grande-Bretagne et à la façon dont il a été démantelé lorsque le gouvernement a changé.

Dans bien des cas, on essaie des solutions pragmatiques. Toutefois, étant donné les liens étroits entre ces systèmes et le monde politique de ces pays, ces tentatives sont fragiles. Même quand elles sont réussies, ces expériences ne sont pas nécessairement maintenues.

Je ne critiquerai certainement pas un système qui essaierait de nouvelles solutions et qui changerait d'avis en constatant qu'elles ne sont pas efficaces. Toutefois, ce n'est pas ce qui s'est passé. C'est pour des raisons idéologiques, à cause de leurs liens étroits avec le système politique de ces pays, que les systèmes ont échoué.

Nous sommes jusqu'à un certain point victimes du même défaut. Nous devrions être conscients du risque qu'il y a à avoir un système public qui est à la merci des caprices de la vie politique. Quand le système de soins de santé est lié au système politique, il ne peut pas appliquer une méthode pragmatique de gestion des problèmes. C'est un sérieux handicap dans notre système public. Le système public semble moins satisfaisant pour l'utilisateur que le système privé.

Je laisse de côté toutes les questions de distribution et d'accès. Il est certain qu'il y a des différences dans la gestion des systèmes.

La deuxième question est la suivante: «Pouvons-nous tirer des enseignements de l'expérience d'autrui»? Ma réponse est oui, c'est possible.

Reste à savoir si nous pourrions mieux réussir à éviter le piège que je viens de vous décrire. Je constate en lisant les témoignages que vous avez entendus, notamment sur l'expérience de gestion privée des hôpitaux à Stockholm, qu'il y a un facteur dont on ne

almost never discussed in Canada. That factor is the growing impact of European competition law on the nature of the health care system.

European law forbids monopolies in any sector. Therefore, that law has compelled a number of national systems to open up in a way that would not have happened based on national legislation.

The experience in Sweden, of differential user fees for hospital and primary care clinics, has been an incentive for different channels to be used. That is illegal in Canada. I believe that is regrettable because it could be of help to the Canadian health care system.

The capping of waiting lists in Sweden was a very interesting experiment. It seemed to have had a dramatic impact. Contracting out for certain kinds of services, from the vantage point of hospitals, was also an interesting experiment.

The internal market that was applied half-heartedly in the U.K., and then terminated, certainly represents the best attempt of which I am aware of the greater weight to the preferences and the demands of the using public as opposed to professionals and governments. My wife and I have written a book on this topic. I still firmly believe it is the best way to go. It would not solve everything, but it is interesting alternative.

The third question is: "How many different countries have managed to provide their population with a broader range of coverage?" Germany is a good example of the provision of broad coverage. Relative wealth is probably a factor in Germany. There is also a wide consensus in the country on the need for broad coverage.

I would rather not address the second part of the question, which is the correlation between health outcomes and the level and extent of public care insurance coverage. I do not suppose anyone could establish an empirical relationship on which that could be based. My opinion is that extension of coverage is essentially a political decision. It is taken as part of a political agenda. It cannot be supported by any kind of evidence of impact on outcomes.

Your final question is: "What can the federal government do?" I would like to step away from these questions for a minute.

Until now, we have had a relatively simple binary situation. The same is true in all the countries to which we are comparing our system. I mean that the whole purpose of the national health system has been to provide both financial and geographical access to patients. Access is there or it is not. It is a black and white issue.

However, the world is becoming much more complicated. We now realize, at least in some countries, that the issue of quality is multi-dimensional and it forces us to move away from a black and white situation. The question is not whether we have access, but what kind of access we have. We have lost our innocence as a result of such things as the tainted blood episode that affected all

parle pratiquement jamais au Canada. Ce facteur, c'est l'influence croissante du droit de la concurrence européen sur la nature du système de soins de santé.

Le droit européen interdit les monopoles dans quelque secteur que ce soit. C'est pourquoi divers systèmes nationaux ont dû s'ouvrir alors qu'ils ne l'auraient pas fait s'ils avaient été régis simplement par une législation nationale.

L'expérience de la Suède, avec divers tickets modérateurs pour les hôpitaux et les cliniques de soins primaires, a été une incitation à explorer diverses voies. C'est quelque chose d'illégal au Canada, et je trouve que c'est regrettable car cela pourrait être utile au système de soins de santé de notre pays.

L'expérience du plafonnement des listes d'attente en Suède a été très intéressante. Elle semble avoir eu des conséquences assez radicales. La sous-traitance de certains types de services a aussi été une expérience intéressante pour les hôpitaux.

L'expérience du marché intérieur qui a été menée sans grand enthousiasme au Royaume-Uni, et ensuite abandonnée, constitue à mon avis la meilleure tentative jamais accomplie pour accorder plus de poids aux préférences et aux demandes des utilisateurs plutôt qu'à celles des professionnels et des gouvernements. Mon épouse et moi-même avons écrit un livre à ce sujet. Je demeure convaincu que c'est la meilleure solution. Ce ne serait pas la panacée, mais c'est une solution intéressante.

La troisième question est la suivante: «Combien de pays ont été en mesure d'élargir la protection dont bénéficie leur population»? L'Allemagne est un bon exemple de pays qui a élargi la couverture générale. La richesse relative est probablement un facteur qui intervient en Allemagne, mais il y a aussi un vaste consensus sur la nécessité de cette vaste couverture.

Je préférerais ne pas répondre à la deuxième partie de la question qui porte sur la corrélation entre les résultats obtenus sur le plan de la santé et le niveau ou la portée de la couverture d'assurance pour les soins publics. Je pense que personne n'est en mesure de déterminer la relation empirique sur laquelle il faudrait se fonder. Personnellement, je pense que l'élargissement de la couverture est essentiellement une décision politique. Cela fait partie d'un programme politique, mais on ne peut pas le prouver par des résultats.

Votre dernière question est la suivante: «Que peut faire le gouvernement fédéral»? J'aimerais m'écarter un instant de ces questions.

Jusqu'à présent, nous avons eu une situation binaire relativement simple. On peut en dire autant de tous les pays auxquels nous nous comparons. Autrement dit, tout l'objectif du système de santé national a consisté à assurer un accès financier et géographique aux patients. L'accès existe ou il n'existe pas. C'est tout noir ou tout blanc.

Or, le monde devient de plus en plus complexe. On se rend compte, dans certains pays du moins, que le problème de la qualité est pluridimensionnel et qu'on ne peut plus s'en tenir à des situations où tout est blanc ou noir. La question n'est pas de savoir si l'on a accès, mais quel genre d'accès on a. Nous avons perdu notre innocence à la suite de crises comme celle du sang

Western countries. There is also increased public knowledge about errors and accidents.

Two years ago, the U.S. Institute of Medicine published a rather famous book called "To Err Is Human." It is estimated that avoidable errors cause the premature deaths of about 50,000 Americans per year. Medication errors are the cause of a fatality rate higher than total fatalities arising from industrial accidents.

These figures have startled public opinion, but they only confirm what we hear from anecdotal evidence everywhere. In this world of qualitative differences, there is a great need for initiatives to be taken.

Just this year, the Institute of Medicine has published *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* which contains recommendations that I commend to this committee for careful study. The recommendations contained in that book answer many of your questions. Obviously, any recommendation is subject to debate and is only one view of the world. Publication of indicators and information about health will go a little bit of the way toward providing some indication of quality but, unless it is supported by a much more systematic use of technology, it will not go very far. Data gathered any other way is very expensive; its quality is debatable; and whatever standard you set, you are not in a position to assess whether the standards are being followed.

Therefore, a prerequisite to doing anything serious about quality care is to have the architecture and classification needed to support an international system. We do not need a set of predetermined software to assess quality, but the architectural and the classification tools to enable people to develop software applications using this common base to make it comparable.

The U.S. and the U.K. are about to undertake a major effort in this regard. I know that the Canadian government has also taken an initiative in parallel with CIHI to do something. It would be sad if Canada, the U.S. and the U.K. developed a national system without trying to establish a common base. A common base could probably be done through the OECD or a similar organization. That would be my recommendation.

My second recommendation is that the Canadian government try to have a less static view of the health care system. In the past two years initiatives have been taken by some provinces to experiment with the private provision of certain services within the public system. Statements were made in Ottawa that were not helpful and, in addition, I am told that they were untrue.

This is sad, because we need to be more pragmatic and encourage a more managerial approach to the system. At the present time, so much of this is pre-empted by legislation that forbids almost anything that would need to be included in an experiment. Even the clause on public administration has been so badly misinterpreted that it is useless.

contaminé qui a frappé tous les pays occidentaux. Le public est aussi de plus en plus informé des erreurs et des accidents.

Il y a deux ans, le U.S. Institute of Medicine a publié un ouvrage assez célèbre intitulé «To Err is Human» (l'erreur est humaine). On estime qu'environ 50 000 Américains meurent chaque année prématurément à la suite d'erreurs qui auraient pu être évitées. Les erreurs de médication tuent plus de gens que les accidents industriels.

Ces chiffres ont fait bondir l'opinion publique, mais ils ne font que confirmer tout ce que l'on entend raconter de part et d'autre. Dans ce monde de différences qualitatives, il est grand temps de prendre des initiatives.

Pas plus tard que cette année, le Institute of Medicine a publié *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, un ouvrage qui comporte des recommandations que je vous exhorte vivement à étudier. Ces recommandations répondent à beaucoup de vos questions. Naturellement, toute recommandation est discutable et ne représente qu'un point de vue particulier. La publication d'indicateurs et d'information sur la santé permet d'avoir une certaine notion de la qualité mais, si elle ne s'appuie pas sur un recours beaucoup plus systématique à la technologie, elle n'ira pas très loin. Les données recueillies par d'autres moyens coûtent très cher; leur qualité est discutable; et quelles que soient les normes que l'on établit, on n'est pas en mesure de déterminer si elles sont suivies.

Par conséquent, avant d'entreprendre quoi que ce soit de sérieux sur les soins de qualité, il faut avoir l'architecture et la classification nécessaires pour appuyer un système international. Nous n'avons pas besoin d'un ensemble de logiciels prédéterminés pour évaluer la qualité, mais nous avons besoin de l'architecture et des outils de classement nécessaires pour permettre à des personnes d'élaborer des applications logicielles qui permettent d'établir des comparaisons.

Les États-Unis et le Royaume-Uni sont sur le point d'entreprendre un vaste effort en ce sens. Je sais que le gouvernement canadien a aussi entrepris une initiative analogue avec l'ICIS. Il serait regrettable que le Canada, les États-Unis et le Royaume-Uni élaborent leur système national sans essayer d'établir une base commune. Cette base, on pourrait probablement l'établir par le biais de l'OCDE ou d'une organisation analogue. C'est en tout cas ce que je recommanderais.

Ma deuxième recommandation serait que le gouvernement du Canada essaie d'avoir une vision moins statique du système de soins de santé. Depuis deux ans, certaines provinces ont pris l'initiative de faire l'essai d'une prestation privée de certains services au sein du système public. On a entendu des déclarations à Ottawa qui n'ont pas été très utiles et qui, d'après ce qu'on me dit, étaient aussi parfaitement fausses.

C'est regrettable, car nous devons être plus pragmatiques et encourager une formule plus fondée sur la gestion du système. Actuellement, tout cela est à peu près impossible en raison d'une législation qui interdit pratiquement tous les ingrédients nécessaires pour tenter une expérience. Même la clause sur l'administration publique a été tellement mal interprétée qu'elle est inutile.

The Chairman: Thank you for that terrific overview. What is the title of the second book you referred to from the Institute of Medicine?

Mr. Forget: It is called *Crossing the Quality Chasm*. I have an advance copy but I believe that by now it has been published. It is the recommendation that follows the first book entitled "To Err is Human".

Mr. Cam Donaldson, University of Calgary: Some of my comments will reflect the contents of this recent C.D. Howe Institute commentary, "Integrating Canada's Dis-integrated Health Care System: Lessons from Abroad." I have given the clerk a copy of this study.

I am not sure that I agree that there are many similarities among the countries that we are discussing. Once you get beyond the fact that most developed countries spend a lot of public money on health care, you will see that there are disparities between the systems.

Some of the differences that I will highlight pertain to the lack of potential within the current structure to reform health care in Canada. Most of my comments will be relative to the U.K. system.

In the U.K. there is a much greater emphasis on the primary care part of the system. It is much less detached from the rest of the system, and it is more involved with health authorities in terms of defining strategy with regard to where the resources should be going.

As part of the primary care system, as you will be aware, there is "rostering" whereby people cannot doctor shop. That primary care system plays an important role in the system that I think is important with respect to efficiency.

Another difference relates to what is covered publicly. In Canada, the public financing of the system is focused on hospitals and doctors. In many other countries, public financing extends much more into pharmaceuticals. I am not sure what the implications of that are for efficiency, but there are certainly implications of that with respect to equity and access to needed care.

Differences also arise with respect to the extent to the two-tier system in different countries. In the U.K., everyone is locked into paying for the system. In Canada we pay through our taxes. However, unlike Canada, the U.K. has no restrictions on private purchase of publicly insured services. That is always portrayed as a great thing about the Canadian system, but one of the paradoxes is that in the U.K. only 10 per cent to 15 per cent of expenditures come from the private purse; in Canada that figure is 25 per cent. Therefore, what you have here is a different form of the two-tier system. It just covers a different set of services.

In terms of ability to reform more explicitly, as has been said in the U.K. and other European countries, there is a definite split between the purchaser of care in some senses looking after the finances on behalf of the population and providers. That does not

Le président: Merci pour cet aperçu passionnant. Quel est le titre du deuxième livre de l'Institute of Medicine que vous avez mentionné?

M. Forget: Il s'intitule *Crossing the Quality Chasm*. J'en ai un exemplaire prépublication, mais je pense qu'il est maintenant sorti dans le commerce. C'est la recommandation qui suit le premier ouvrage intitulé «To Err is Human».

M. Cam Donaldson, Université de Calgary: Mes remarques vont reprendre en partie le contenu de ce récent commentaire du C.D. Howe Institute: «Integrating Canada's Dis-integrated Health Care System: Lessons from Abroad». J'ai remis un exemplaire de cette étude à la greffière.

Je ne suis pas sûr qu'il y ait tant que cela de similitudes entre les pays dont nous parlons. Une fois qu'on admet que la plupart des pays développés consacrent beaucoup de deniers publics à la santé, on se rend compte qu'il y a énormément de différences d'un système à l'autre.

Certaines des différences que je vais souligner concernent l'absence de possibilités, étant donné la structure actuelle, d'effectuer une réforme des soins de santé au Canada. La plupart de mes observations porteront sur le système en vigueur au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, on met beaucoup plus l'accent sur les soins primaires. Cet élément est beaucoup moins séparé du reste du système, et ce sont les responsables en matière de santé qui s'occupent davantage de définir la stratégie concernant l'affectation des ressources.

Comme vous le savez peut-être, dans le système des soins primaires, il existe une liste de médecins autorisés, et les gens ne peuvent pas choisir leur médecin. Ce système de soins primaires joue un rôle important spécialement sur le plan de l'efficacité.

Une autre différence existe en ce qui concerne les services assurés par l'État. Au Canada, le financement public du système est axé sur les hôpitaux et les médecins. Dans plusieurs autres pays, le financement public s'étend beaucoup plus aux produits pharmaceutiques. Je ne suis pas certain des effets que cela a sur l'efficacité, mais il y en a certainement en ce qui concerne l'équité et l'accès aux soins nécessaires.

Des différences surviennent aussi suivant l'ampleur du système à deux paliers dans divers pays. Au Royaume-Uni, tous sont obligés de payer pour le système. Au Canada, nous payons au moyen de nos impôts. Cependant, contrairement au Canada, le Royaume-Uni n'a pas de restrictions quant à l'achat privé de services assurés par l'État. On présente toujours cela comme un élément merveilleux du système canadien, mais l'un des paradoxes est qu'au Royaume-Uni, seulement 10 à 15 p. 100 des dépenses proviennent du secteur privé, tandis qu'au Canada, c'est 25 p. 100. Par conséquent, ce qu'on a ici, c'est une forme différente de système à deux paliers. Il s'applique simplement à un ensemble différent de services.

Pour ce qui est de la capacité de faire une réforme plus explicite, comme on l'a dit au Royaume-Uni et dans d'autres pays d'Europe, il existe une séparation précise entre l'acheteur de soins qui s'occupe de l'aspect financier au nom de la population, et les

exist here. It may be possible to move in that direction. The moves to health authorities, health boards, health districts, depending on which province you come from, can be seen as a first step in that direction. Of course, Ontario is different so it may be further away from that possibility.

Other countries are intervening more directly in the system through things such as commissions for health improvement. This is being done in the U.K.

The issue of public purchase of private care has been touched on. This is more readily undertaken in many European countries. That has obviously caused a lot of controversy here and to an extent a standoff between the provinces and the federal government. To me, the implications of that are unclear. I will return to that at the end of my time.

The big difference here compared to many other countries is the remuneration of physicians. To me, this is a great barrier to reforming the system. I personally think that maintaining a fee-for-service form of remuneration is inconsistent with moving to a purchaser-provider model. I do not think that a purchaser-provider model will work with a fee-for-service form of remuneration.

The answers to the other questions are a lot shorter. In terms of experience from other countries, of course, you can get ideas from other countries, but they cannot just be adopted. As was stated by Mr. Forget, we will have to try to experiment more with the Canadian system. That may be unpalatable to certain people, but that message has to be conveyed. That will put us in an advantageous position relative to many other countries that have introduced, and then swept away reforms wholesale. That has made them very difficult to evaluate.

The third question deals with the broader range of coverage. I am not sure of the reasons for it. It may have to do with historical artifact. It may be that by the time a comprehensive system was introduced throughout Canada there was an entrenchment of private insurance that did not exist in other countries at the time. The more comprehensive systems of the other countries were introduced in the 1940s. There was probably an element of political compromise to get a system in place.

I do not think anyone has studied the influence of extent of coverage on health, but I do know one study by Starfield and colleagues at Johns Hopkins that looked at the impact of different types of systems on health. This study compared private systems, social insurance systems, and taxation-based systems. I can provide the committee with a reference to that study.

The fourth question asks what the federal government can do. One of the problems here in Canada is the tension that exists between the provincial and federal governments. That question is very difficult to comment on. I might ask a question in response, "Is it possible for the federal government to partner the provinces

fournisseurs de soins de santé. Cela n'existe pas ici. Il pourrait être possible de s'orienter dans cette voie. La création d'administrations de la santé, de conseils de la santé, de districts de la santé, car cela varie d'une province à l'autre, peut être vue comme un premier pas dans cette direction. Évidemment, l'Ontario est différente, et elle est peut-être plus loin de cette possibilité.

D'autres pays interviennent plus directement dans le système au moyen d'organismes comme des commissions pour l'amélioration de la santé. Cela se fait au Royaume-Uni.

On a abordé la question de l'achat public de soins de santé privés. On le fait plus volontiers dans plusieurs pays d'Europe. Cette idée a évidemment suscité beaucoup de controverse ici et a mené dans une certaine mesure à une impasse entre les provinces et le gouvernement fédéral. Quant à moi, je ne suis pas certain des conséquences d'une telle chose. J'y reviendrai à la fin de mon intervention.

La grande différence par rapport à bien d'autres pays réside dans la rémunération des médecins. Je vois là un grand obstacle à la réforme du système. J'estime personnellement que le maintien d'une formule de rémunération à l'acte est incompatible avec le passage à un modèle d'acheteur-fournisseur. Je ne pense pas qu'un tel modèle fonctionnera si l'on maintient la formule de rémunération à l'acte.

Les réponses aux autres questions sont beaucoup plus courtes. En ce qui concerne l'expérience d'autres pays, c'est vrai qu'on peut en tirer des idées, mais on ne peut pas simplement les adopter telles quelles. Comme M. Forget l'a dit, nous devrions essayer de faire d'autres expériences avec le système canadien. Cela peut sembler inacceptable à certains, mais il faut faire passer ce message. Nous nous trouverons ainsi dans une position avantageuse par rapport à plusieurs autres pays qui ont adopté, puis annulé, des réformes généralisées. Il est donc très difficile de les évaluer.

La troisième question porte sur une couverture plus vaste. Je ne suis pas certain des raisons à cela. C'est peut-être dû à un simple phénomène historique. Il se peut qu'au moment où l'on a instauré un système global dans l'ensemble du Canada, le concept d'assurance privée était bien plus ancré qu'il ne l'était alors dans d'autres pays. Des systèmes plus complets ont été instaurés dans les autres pays dans les années 40. Il a fallu avoir recours à un compromis politique pour pouvoir mettre en oeuvre un système.

Je ne pense pas que quelqu'un ait étudié l'influence de l'ampleur de la couverture sur la santé, mais je suis au courant d'une étude effectuée par Starfield et ses collègues à Johns Hopkins au sujet de l'incidence de différents types de systèmes sur la santé. Dans cette étude, on comparait des systèmes privés, des systèmes d'assurance sociale, et des systèmes financés par les impôts. Je peux indiquer au comité comment trouver cette étude.

La quatrième question portait sur ce que le gouvernement fédéral peut faire. L'un des problèmes auxquels nous faisons face au Canada est la tension qui existe entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Il est très difficile d'en discuter. Je pourrais répondre par une question: «Est-il possible que le gouvernement

on some reforms or experiments that might take place in a part of a province?

The final question deals with the role of the private sector. There are two things that will drive this. One is the community's values and the other is evidence. At the moment it is being driven by values. This is due because there is not a lot of evidence apart from the U.S. A lot of the evidence from the U.K. is not relevant to Canada.

If we move ahead on this, we have to distinguish between the role of private provision and private finance, so there can still be private provision within a publicly funded system. That is an important distinction. The evidence that exists is mixed and there is not a lot of it. There is evidence that it happens. Again, in many European countries public purchasers do contract with private providers for various types of care, particularly elective surgery.

The evidence is mixed with respect to an internal market. There were some successes shown in the U.K., and some lack of success, rather than negative results. Certainly potential was shown. Again, I emphasize that this needs to be experimented with in Canada, if we are to think about moving ahead.

The remnants of that internal market still exist to an extent. We mentioned the separation of those who pay on behalf of the population and providers. I have no evidence for that, but I think it is a good thing that the population has a powerful, wealthy agent that is trying to shift resources around in their favour.

There are huge obstacles to implementing that in Canada. If you were to go further and think about a general practitioner fund-holding model then the population will have to accept rostering. Remuneration and employment status of physicians will have to be radically altered. The question of introducing drug budgets into a purchaser-provider system would also have to be considered. That may be a way of getting pharmacare into the public domain.

I am ambivalent with respect to user charges. When we consider user charges, we also have to account for the supply side dynamics, and how the supply side might react to reductions in demand by some elements of the population. We may end up spending the same on health care but meeting less need. There is some evidence that shows that user charges discourage ineffective care, but to an extent they also discourage effective care. Members of the committee can guess the part of the population most drastically affected.

fédéral forme un partenariat avec les provinces pour effectuer certaines réformes ou certaines expériences dans une partie d'une province?»

La dernière question concerne le rôle du secteur privé. Il peut être déterminé par deux choses: les valeurs de la collectivité et les informations disponibles. À l'heure actuelle, il est déterminé par les valeurs. C'est parce qu'il n'existe pas beaucoup d'informations disponibles, sauf en provenances des États-Unis. Une grande partie des informations provenant du Royaume-Uni ne se rapportent pas au Canada.

Si nous prenons une décision dans ce sens, nous devons établir une distinction entre le rôle des fournisseurs privés et du financement privé, afin qu'on puisse encore avoir des services privés à l'intérieur d'un système subventionné par l'État. C'est une distinction importante. Les informations disponibles varient et il n'y en a pas beaucoup. On sait simplement que quelque chose se produit. Encore là, dans plusieurs pays d'Europe, les acheteurs publics communiquent avec des fournisseurs privés pour divers types de soins, en particulier les interventions chirurgicales facultatives.

Les informations disponibles varient, en ce qui concerne un marché interne. Il y a eu certains succès au Royaume-Uni, et une absence de succès dans certains cas, plutôt que des résultats négatifs. On peut certainement voir des possibilités. Je souligne encore qu'il faut en faire l'expérience au Canada, si nous voulons songer à le faire.

Les restes de ce marché intérieur continuent d'exister dans une certaine mesure. Nous avons mentionné la séparation entre ceux qui paient au nom de la population et les fournisseurs. Je ne dispose pas d'information à ce sujet, mais je pense qu'il est bon que la population ait un agent puissant et riche qui essaie de répartir les ressources dans l'intérêt de cette population.

Il existe des obstacles énormes à la mise en oeuvre d'un tel système au Canada. Si nous allons encore plus loin et envisageons d'adopter un modèle avec des cabinets de groupe de médecins, la population devra alors accepter de se faire traiter par l'un ou l'autre des médecins inscrits sur la liste. La rémunération et les conditions d'emploi des médecins devront changer radicalement. Il faudra aussi songer à l'adoption d'un budget pour les médicaments, dans un système d'acheteur-fournisseur. C'est peut-être ainsi qu'on pourrait faire entrer dans le domaine public un régime d'assurance-médicaments.

Je suis ambivalent face à l'idée d'un ticket modérateur. Lorsqu'on envisage un ticket modérateur, il faut aussi tenir compte de la dynamique de l'offre, et de la façon dont l'offre pourrait réagir face à des réductions de la demande chez certains segments de la population. Nous risquons de finir par dépenser autant pour les soins de santé, tout en répondant moins aux besoins. Certains indices montrent qu'un ticket modérateur contribue à réduire les soins inefficaces, mais dans une certaine mesure, il contribue également à réduire les soins efficaces. Les membres du comité peuvent deviner quelle partie de la population serait la plus durement touchée.

Social insurance and long-term care pharmaceuticals are not my area. However, there are enormous challenges to be dealt with concerning long-term care and variations in funding arrangements, costs and provisions, where there are huge variations. That presents an enormous challenge. Bringing that area into the public system will provide a lot of political challenge. That may be an opportunity to negotiate with some provinces with respect to co-funding on some experimental work.

Mr. Åke Blomqvist, Visiting Academic, Applied Research and Analysis Directorate, Information, Analysis and Connectivity Branch and Professor, University of Western Ontario: I will not directly address the specific questions, but I will instead take the opportunity to provide you with a very brief summary of what I think are some of the most important lessons that have come out of the work that I have been doing on international comparisons, and from the reports that have been submitted by others for the committee.

Let me preface my remarks with a general comment on the approach to health care reform in Canada, which stems from the report submitted by Professor Tuohy. She has made the distinction between an incremental approach to health care reform, versus a gradual approach towards a blueprint. The comments of Mr. Forget and Mr. Donaldson represent that distinction, with more of an incrementalist approach on the part of Mr. Forget, whereas as an economist Mr. Donaldson tends more towards the blueprint model.

As a Canadian with some understanding of the political complexities, I understand there may be no choice other than to take an incrementalist approach. I have some understanding of where we might like to end up if the process of health care reform is ever finished.

I am reminded of a quip attributed to Yogi Berra:

You've got to be very careful if you don't know where you're going, because you might not get there.

From that point of view, the notion of having a blueprint plays a useful role.

Before I talk about the concrete areas where I think the opportunities for reform look most promising, I will make a distinction between lessons that can be drawn for the provinces, and the lessons that can be drawn for the federal government.

Our federal-provincial system of government means that most of the lessons that can be drawn from comparisons of health care systems are lessons for the provinces. They are relevant to the federal government to the extent of the Canada Health Act, as a set of more or less binding constraints on what the provinces can do. It may be that certain aspects of the Canada Health Act should be revised in order to give more freedom to the provinces to experiment with some reforms. However, most of the lessons are lessons for the provinces.

La question de l'assurance sociale, celle des soins de longue durée et des médicaments, ne font pas partie de mon domaine de compétences. Cependant, il y a des défis énormes à relever en ce qui concerne les soins de longue durée et les variations dans les ententes de financement, dans les coûts et dans les services, car ces variations sont énormes. Cela présente un défi immense. L'inclusion de ces services dans le système public présentera un défi politique. Ce sera peut-être l'occasion de négocier avec certaines provinces des ententes de financement conjoint pour certaines expériences.

M. Åke Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche appliquée et de l'analyse, Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité, et professeur, université Western Ontario: Je ne répondrai pas directement aux questions posées, je vais plutôt profiter de l'occasion pour vous faire un bref résumé de certaines des leçons les plus importantes qui ressortent, à mon avis, des comparaisons internationales que j'ai effectuées, ainsi que des documents remis par d'autres au comité.

Permettez-moi de commencer par une observation générale quant à la façon de réformer le système de soins de santé au Canada, proposée dans le document présenté par Mme Tuohy. Elle a établi une distinction entre une approche progressive de la réforme des soins de santé, et une approche graduelle vers un modèle. Les observations de M. Forget et de M. Donaldson représentent cette distinction, M. Forget tendant davantage vers une approche progressive, tandis que M. Donaldson, économiste, tend davantage vers un plan détaillé.

En tant que Canadien ayant une certaine connaissance des complexités du monde politique, je comprends qu'il peut ne pas y avoir d'autre choix qu'une approche progressive. J'ai une idée du point où nous pourrions vouloir nous retrouver, si la réforme des soins de santé se termine un jour.

Cela me rappelle un bon mot attribué à Yogi Berra:

Il faut faire bien attention quand on ne sait pas où on s'en va, parce qu'on risque de ne pas y arriver.

Dans ce sens, la notion d'un plan détaillé peut jouer un rôle utile.

Avant de parler des aspects concrets pour lesquels les possibilités de réforme paraissent des plus prometteuses, je veux faire une distinction entre les leçons que les provinces peuvent tirer, et celles que le gouvernement fédéral peut tirer.

Étant donné notre système de gouvernement fédéral-provincial, la plupart des leçons qu'on peut tirer des comparaisons avec divers systèmes de soins de santé concernent les provinces. Elles concernent le gouvernement fédéral par rapport à la Loi canadienne sur la santé, en tant que restrictions plus ou moins exécutoires imposées aux provinces. Il se peut que certains aspects de la Loi canadienne sur la santé devraient être révisés de manière à donner plus de liberté aux provinces pour faire l'expérience de certaines réformes. Cependant, la plupart des leçons à tirer concernent les provinces.

The concrete areas of my remarks will echo many things that Mr. Donaldson has said. From my point of view, a blueprint that could be helpful for Canada looks a bit like the United Kingdom. However, I am also interested in using some aspects of the Swedish system as a blueprint for provinces in Canada as well. Some of my ideas relate to that.

I identify three major areas where I think that there is some room for health reform in Canada. They correspond to the distinction I always make when I analyze differences between health care systems. First, there is the system of funding and the restrictions on coverage in the publicly-funded system. The second area corresponds to the question of primary care and whether there are opportunities for reform in that area. The third area, to which I have previously referred, is hospital and specialist services. Perhaps more broadly you can refer to that as system management. Those three areas are areas where one can find reason for fairly specific reforms.

With respect to funding and coverage, I can only echo what Mr. Donaldson has said. Canada has a relatively low degree of public funding of total health care expenditures and the reason is because we publicly fund a relatively narrow range of hospital and physician services. From that point of view, it seems to me that introducing some form of pharmacare and modifying the Canada Health Act are likely to be useful reforms. That is, the accessibility objective should be addressed in the context of paying for pharmaceuticals.

With respect to the second area, primary care and primary care reform, the best opportunities exist by taking some type of approach, possibly optional, to modify the system of paying primary care physicians. Mr. Donaldson has identified this as rostering and capitation. They hold the key to primary care reform.

It is an interesting question whether one can go the incrementalist route and experiment with rostering and capitation on an optional basis rather than ramming it through as an arrangement that is supposed to cover the entire provincial health care system. There are challenges in terms of coming up with an approach to that issue.

Finally, with respect to system management, going further in the direction of regionalization or formalizing the system of regional management and hospital resources by introducing some type of population-based funding for regions represents a promising avenue. The major reform that needs to be addressed, and is not yet, concerns integrating primary care services into the mandates of regions and redefining the question of population-based funding in such a way that it incorporates funding of primary care services, as well as hospital services. These are the three major areas where I think that opportunities for reform look most promising.

Mes observations sur les éléments concrets rappelleront en grande partie ce qu'a dit M. Donaldson. À mon avis, un modèle qui pourrait être utile au Canada ressemblera un peu au système du Royaume-Uni. Cependant, je voudrais que nous utilisions aussi certains aspects du système suédois dans le plan qui sera préparé, pour les provinces au Canada. Certaines des idées dont je vous ferai part portent là-dessus.

Je signale trois principaux secteurs où il y a moyen, à mon avis, de réformer les soins de santé au Canada. Ils correspondent à la distinction que je fais toujours quand j'analyse les différences entre divers systèmes de soins de santé. D'abord, il y a le système de financement et les restrictions imposées à la couverture, dans le système financé par l'État. Le deuxième secteur correspond à la question des soins primaires et aux possibilités. Le troisième secteur, auquel j'ai déjà fait allusion, est celui des services hospitaliers et spécialisés. D'une manière plus générale, on pourrait parler dans ce cas de la gestion du système. Ces trois secteurs sont ceux où l'on peut juger approprié d'apporter des réformes assez spécifiques.

En ce qui concerne le financement et la couverture, je ne peux que répéter ce que M. Donaldson a dit. Le Canada contribue relativement peu aux dépenses totales dans le secteur des soins de santé et c'est parce que nous finançons à même les deniers publics une gamme relativement limitée de services hospitaliers et médicaux. Dans ce sens, il me semble qu'on effectuerait probablement des réformes utiles en instaurant une forme d'assurance-médicaments et en modifiant la Loi canadienne sur la santé. Je veux dire qu'on devrait chercher à réaliser l'objectif d'accessibilité en y incluant les médicaments.

En ce qui concerne le deuxième secteur, soit les soins primaires et la réforme de ces soins, la meilleure possibilité consiste à modifier le système de rémunération des médecins qui fournissent les soins primaires, en adoptant une autre approche, en ajoutant peut-être un élément optionnel. M. Donaldson a parlé dans ce cas de listes de médecins et de paiements par capitation. Ce sont des éléments clés pour des réformes des soins primaires.

Il est intéressant de se demander si l'on peut choisir la voie progressive et faire l'expérience des listes de médecins et des paiements par capitation sur une base facultative, plutôt que de l'imposer de force, dans le cadre d'une entente qui est censée couvrir l'ensemble des régimes provinciaux d'assurance-maladie. Il y a plusieurs défis à relever pour parvenir à trouver une solution à ce problème.

Enfin, en ce qui concerne la gestion du système, la perspective d'aller plus loin en matière de régionalisation ou en officialisant le système de gestion régional et les ressources hospitalières par l'introduction d'une forme de financement proportionnel à la population pour les régions, représente une solution prometteuse. La principale réforme à opérer concerne l'intégration des services de soins primaires dans le mandat des régions et la redéfinition du financement proportionnel à la population de façon à intégrer le financement des services de soins primaires et des services hospitaliers. Voilà les trois principaux secteurs où les perspectives de réforme semblent les plus prometteuses.

With respect to pharmacare, there is a range of issues that need to be addressed. The role of formularies and possibly the role of the federal government in providing model formularies that can be used by provinces in introducing pharmacare should be examined. One should examine whether that should be a system of reference-based pricing. One should consider whether one should allow a situation where one should allow persons who so desire to get more expensive, uncovered drugs by paying for them out of their own pocket. If so, should one have some type of supplementary insurance to pay for the pharmaceuticals?

You could also integrate, as Mr. Donaldson said, the notion of a pharmacare system with a drug budget for physicians. The British "fund holding" experiment included provision of a drug budget for the primary care physicians who were part of the experiment.

I do not think a great deal needs to be said about the second area, which is primary care reform. I would like to stress again what Mr. Donaldson emphasized, namely, that it is probably not widely appreciated in many parts of Canada that if you want to go to an effective system of capitation, you must accept some degree of rostering. That means, for the duration of the capitation contract for a patient, during which time you are supposed to use the services of one and only one family doctor, you are not entitled to seek services from any other physician, except on the recommendation of your family doctor. Whether that reform would be acceptable to Canadians needs to be addressed.

Fund holding dovetails nicely with the idea of capitation. Fund holding is an expanded version of capitation. It means that instead of paying ahead of time for a capitation amount for the primary physician services, you pay for some portion of the pharmaceuticals, and perhaps some portion of the hospital services, that physicians prescribe or recommend on behalf of the patients. There is a very close connection between the principle of fund holding and the principles of capitation and rostering.

The third area is system management and the question of regional and population-based funding. Experience with "purchaser-provider split" and with contract-based care and internal markets in the United Kingdom should be studied closely by Canadians. I have views on why there is a re-evaluation of those methods in the United Kingdom. Perhaps we can postpone discussion on why I think that some type of purchaser-provider split is a good thing, even though it did seem to have problems in the United Kingdom. Those problems did not exist anywhere near the same extent in Sweden.

Let me say a few words about funding and the question of the public-private split.

With respect to the user fees, I have come to the conclusion that we will never have a rational debate about user fees in Canada. The concept of user fees has become a symbol in the federal-provincial jostling over power in health policy. We are all better off giving up on the idea of user fees for physician services and hospital service.

En ce qui concerne l'assurance-médicaments, il reste plusieurs questions à régler. Il faudrait examiner le rôle des formulaires et, éventuellement, celui du gouvernement fédéral qui pourrait fournir des formulaires-modèles utilisables par les provinces lors de la mise en oeuvre de l'assurance-médicaments. On pourrait envisager un système d'établissement du coût en fonction du produit de référence, en autorisant éventuellement ceux qui souhaitent se procurer des médicaments non couverts à le faire à leur propre frais. Dans ce cas, faudrait-il envisager une forme d'assurance complémentaire pour les produits pharmaceutiques?

Comme l'a dit M. Donaldson, on pourrait également intégrer à la formule de l'assurance-médicaments un budget de médicaments pour les médecins. Dans l'expérience britannique, les médecins de soins primaires participants avaient un budget de médicaments.

Je ne pense pas qu'il y ait grand-chose à dire du deuxième sujet, à savoir la réforme des soins primaires. J'aimerais reprendre les propos de M. Donaldson. Dans certaines régions du Canada, on semble ne pas savoir qu'un système efficace de capitation oblige les assurés à s'inscrire auprès d'un médecin, c'est-à-dire que pour la durée du contrat de paiement par capitation, pendant laquelle le patient ne peut consulter qu'un seul médecin de famille, il n'a pas droit à une couverture illimitée auprès d'un autre médecin, sauf sur la recommandation du médecin de famille. Reste à savoir si une telle réforme est acceptable au Canada.

Le cabinet de groupe ou «fund holding» s'harmonise bien avec le principe de la capitation, dont il représente une version étendue. Au lieu de payer à l'avance un montant de capitation pour les services de soins primaires du médecin, on paye une partie des produits pharmaceutiques et, éventuellement, une partie des services hospitaliers prescrits par le médecin ou recommandés au nom des patients. Le principe du «fund holding» est étroitement associé à ceux de la capitation et des listes de médecins.

Le troisième sujet est la gestion du système et le financement régional en fonction de la population. Les Canadiens devraient étudier avec attention l'expérience de la distinction entre l'acheteur et le fournisseur ainsi que les soins contractuels et les marchés internes du Royaume-Uni. J'ai mon propre point de vue sur les raisons de la remise en cause de ces méthodes au Royaume-Uni. On pourra parler plus tard des raisons pour lesquelles j'aime la formule de la distinction entre acheteurs et fournisseurs, même si elle semble poser des problèmes au Royaume-Uni. Ces problèmes n'ont pas eu la même ampleur en Suède.

Je dirai tout d'abord quelques mots du financement et de la distinction entre secteur public et secteur privé.

En ce qui concerne le ticket modérateur, j'en viens à la conclusion qu'on ne pourra jamais débattre du ticket modérateur de façon rationnelle au Canada. La formule du ticket modérateur est devenue le symbole des chicanes fédérales-provinciales concernant la compétence en matière de politique de la santé. Il vaut mieux renoncer à l'idée du ticket modérateur pour les services médicaux et hospitaliers.

If, however, we expand the concept of medicare to include publicly funded pharmacare, and perhaps long-term care and home care as well, then I believe that the issue of user fees must be re-examined. I do not think that there is an example of a country that covers pharmaceuticals and long-term care that does not have some degree of patient co-payment.

Should there be opting out in the Canadian system? I mean should people be allowed to opt out of the public insurance system and get some reward for that, as people do in Germany? In Germany you become exempt from the payroll tax if you get private insurance.

Obviously, this is a very controversial issue, but the model has already been introduced. In Quebec's pharmacare plan, there is an effective opting-out provision. You can have either public coverage or private coverage, and if you have public coverage, you have to pay a premium. In that sense, it is formally equivalent to an opting-out provision.

On the question of the social insurance system versus a tax-based system, we observe that to some extent that issue is a red herring. From the viewpoint of economic theory, once you have decided how large a portion of health services the public sector is supposed to pay for, then the relevant theoretical apparatus that kicks in is that of designing an efficient tax system. There is no such thing as an efficient tax system to finance a certain type of public expenditure; there is only an efficient tax system to fund all public expenditures. To that extent, much of the debate is misplaced.

Professor Colleen Flood, University of Toronto: Thank you for asking me to participate today. It is a little odd testifying from such a distance. I will try to be brief. Obviously we have already participated quite a bit in the discussions with our report.

In looking at how the health care systems of other countries differ from Canada, I agree that, superficially, there does not appear to be a great deal of difference, but the differences are systematically deeper than they first appear to be. If you only look at aggregate shares of public and private financing, that does not tell you very much. If you start getting into a little more detail, you will find that, although New Zealand has a much higher share of its system publicly funded, it has much higher rates of user charges and co-payments for family doctor services. As family doctors are the gatekeepers to the rest of the system, this is a fundamental barrier to access to the rest of the system. If you just compare Canada with New Zealand on the public-private mix, Canada looks like it is not as good as New Zealand in terms of progressivity, but if you get down to the details, there are problems of access because of these huge charges for family doctor services. I think that the devil is in the detail to a significant extent.

Cependant, si on élargit le concept de l'assurance-santé pour y inclure une assurance-médicaments financée par des fonds publics ainsi, éventuellement, que les soins à long terme et les soins à domicile, je pense qu'il faudra envisager de nouveau la question du ticket modérateur. À ma connaissance, il n'existe aucun pays qui prenne en charge les produits pharmaceutiques et les soins à long terme et qui ne comportent pas une certaine participation aux frais pour le patient.

Faut-il prévoir une option de non-participation dans le système canadien? Faut-il permettre aux administrés de ne pas participer au régime d'assurance public moyennant rétribution, comme c'est le cas en Allemagne, où celui qui contracte une assurance privée est exonéré de charges sociales.

Évidemment, la question est très controversée, mais le modèle existe déjà. Le régime d'assurance-médicaments du Québec comporte une disposition de renonciation. La couverture peut être publique ou privée et la couverture publique comporte le paiement d'une prime. En ce sens, c'est officiellement l'équivalent d'une disposition de renonciation.

Sur la question du système d'assurance sociale par opposition à un système fondé sur l'impôt, nous considérons dans une certaine mesure que c'est une échappatoire. Du point de vue de la théorie économique, une fois qu'on a déterminé la partie des services de santé qui sera prise en charge par le secteur public, il reste à concevoir un régime fiscal efficace. Mais un tel régime ne doit pas servir à financer certains types de dépenses publiques. Un régime efficace doit pouvoir financer toutes les dépenses publiques. Dans cette mesure, l'essentiel du débat est sans objet.

Mme Colleen Flood, professeure, Université de Toronto: Je vous remercie de m'avoir invitée à participer à ce débat. Il est un peu curieux de témoigner à distance, mais j'essaierai d'être brève. Nous avons déjà largement participé au débat grâce à notre rapport.

Pour ce qui est des différences entre le système canadien et ceux des autres pays, je reconnais qu'à première vue, ces différences ne sont pas bien grandes, mais pourtant, elles sont plus profondes qu'il n'y paraît. On n'apprend pas grand-chose en ne considérant que les parts respectives des financements public et privé. Dès qu'on entre un peu dans les détails, on constate que si la Nouvelle-Zélande finance une plus grande partie de son régime par des fonds publics, elle applique un ticket modérateur plus élevé et fait participer davantage le patient à la prise en charge des services du médecin de famille. Comme le médecin de famille se trouve à l'avant-poste de l'ensemble du système, c'est lui qui détermine l'accès aux autres services. Si l'on compare le Canada à la Nouvelle-Zélande sur le terrain de la proportion entre régime public et régime privé, le Canada semble moins bien réussir que la Nouvelle-Zélande sur le terrain de la progressivité, mais dès qu'on entre dans les détails, on constate des problèmes d'accès à cause des frais considérables à acquitter pour obtenir les services d'un médecin de famille. Et de ce point de vue, je considère que c'est dans les détails qu'on constate les problèmes.

In talking about public-private mix, just to speak to the issue of social insurance payments, I do not agree with Mr. Blomqvist that there is not some significant difference between tax-generated financing of systems and social insurance systems. Perhaps we can talk about this a bit more in questioning, but it seems to me that there may be issues around the political acceptability of spending on health care systems when you finance from employer and employee contributions as opposed to tax-based contributions. Another issue is to ensure that significant cutbacks or increases in public spending are not related to the prevailing political winds at the time. I think there may be more to this issue of social insurance funding than Mr. Blomqvist does.

Looking also at health outcomes, it is true that there is not much difference, in terms of life expectancy and morbidity, between the health care systems of developed countries. We have to ask what we want from our health care system. I would argue it is more than we can currently measure. If we were only putting forward to Canadians that the things we should care about are things we can currently measure like life expectancy and infant mortality and morbidity, we are really barking up the wrong tree. Canadians care very much about things like timeliness, palliative care and the degree to which the system responds to changes in technology and demographics. You can have a great system today, but if it will not respond to changes in technology and demographics over time, again, you are barking up the wrong tree.

If we are looking for a blueprint for Canada, we have to be careful about what it is that we want to achieve. I do not disagree that there are certain aspects or parts of the U.K. system that bear a lot of examination and perhaps replication, but we have to be very careful that the U.K. may not have the outcomes that we want to achieve. They have very low costs, but they also very long waiting lists, and waiting lists and waiting times have probably been the greatest source of discontent and concern for Canadians. We want to take the best aspects of reform from countries like the United Kingdom but not the worst.

In forms of the public and private mix, my sense and conclusion from the work that I have done and that I have done together with Mr. Stabile and Ms Tuohy is that there is no magic solution in terms of the private-public mix. Even these terms are getting a little stale because there is so much variation in what is public and what is private. Canada would benefit from a more rational, coherent and national assessment of the cost effectiveness of health care services that could inform provinces in determining the general range of publicly funded services.

This, I think, speaks to a role for the federal government. The federal government could help to provide a national assessment of the cost effectiveness of drugs and new technologies. It could also provide information on existing health care services that could help and assist and inform the provinces in deciding what services should be publicly funded, if there should be co-payments and if so, for what services in particular.

I have some comments on contracting out and internal markets. It is important to realize that the act of contracting out itself is not a solution. Contracting out to competing public and private providers may, in certain health care markets and at certain times, be beneficial, but whether or not this will be true at any particular

Puisqu'il est question de proportion entre le public et le privé, je ne pense pas, contrairement à M. Blomqvist, qu'il y ait une différence notoire entre le régime de financement axé sur l'impôt et le système d'assurance sociale. On pourra revenir sur ce sujet lors des questions, mais j'estime que le financement d'un système de santé à partir des cotisations des employeurs et des employés plutôt qu'en fonction de l'impôt pose un problème d'acceptabilité au plan politique. Par ailleurs, il faut faire en sorte que la diminution ou l'augmentation des dépenses publiques ne soit pas liée à l'orientation des autorités politiques en place. J'estime que le financement par l'assurance sociale risque de poser plus de problèmes que ne le pense M. Blomqvist.

Du point de vue des résultats au plan de la santé, il est vrai que les deux formules ne sont guère différentes si l'on considère l'espérance de vie et la morbidité dans les pays développés. Il faut savoir ce que l'on attend d'un système de santé. À mon avis, l'attente est supérieure à ce que l'on peut mesurer actuellement. On se trompe en disant aux Canadiens que ce qui importe, c'est ce que l'on peut mesurer actuellement, comme l'espérance de vie, la mortalité et la morbidité infantile. Les Canadiens se préoccupent beaucoup de la durée d'attente, des soins palliatifs et de la souplesse du système face à l'évolution technologique et démographique. Le régime peut être très performant aujourd'hui, mais il doit impérativement s'adapter à l'évolution technologique et démographique.

Si l'on cherche un modèle pour le Canada, il faut soigneusement fixer ses objectifs. Je reconnais que le système britannique comporte certains éléments qui méritent d'être étudiés et dont on peut s'inspirer, mais qu'on ne s'y trompe pas: ce système britannique risque de ne pas nous permettre d'atteindre nos objectifs. Au Royaume-Uni, les coûts sont très bas mais les listes d'attente sont considérables et les délais risquent de mécontenter fortement les Canadiens. Il faut s'inspirer des meilleurs aspects des réformes entreprises par des pays comme le Royaume-Uni, en laissant de côté les moins bons.

En ce qui concerne l'équilibre entre le public et le privé, les recherches que j'ai entreprises avec M. Stabile et Mme Tuohy m'amènent à conclure qu'il n'y a pas de formule magique dans ce domaine. Les mots eux-mêmes sont trompeurs car la signification du public et du privé peut varier considérablement. Le Canada aurait avantage à évaluer de façon plus rationnelle et plus cohérente l'efficacité de son régime de santé de façon à renseigner les provinces sur la portée générale des services financés par des fonds publics.

À mon sens, c'est là le rôle du gouvernement fédéral. Il devrait proposer une évaluation nationale de l'efficacité des médicaments et des nouvelles technologies. Il devrait également fournir de l'information sur les services médicaux actuels, de façon à permettre aux provinces de décider ce qu'elles doivent financer, et éventuellement d'imposer un ticket modérateur pour certains services.

Je voudrais faire quelques remarques sur la sous-traitance et les marchés internes. Convenons-en, la sous-traitance n'est pas une solution en soi. La sous-traitance auprès de fournisseurs concurrents, publics et privés, peut être bénéfique sur certains marchés de soins de santé et à certaines périodes, mais ses

time will vary over time and across health care markets. In other words, this is not a one-stop game. Health care markets are not the same. They are dynamic. They change over time.

It is vital that we have a system that is able to decide whether, at any point in time, it is a good idea to contract out or a good idea to provide it in-house. This means we have to consider the incentives that the buyers or the purchasers of health care have to do a good job. When I am talking about buyers and purchasers, I am talking about health authorities; community care access centres; non-profit organizations; private insurers; a group of health care providers that are responsible for purchasing; and others who ensure access to a broad range of health care services.

It is my opinion the reason why contracting out in the U.K. and New Zealand in the internal markets was not as successful as was first hoped, is because insufficient attention was given to the incentives that the buyers or purchasers of care had, to do a good job. There was insufficient attention given to the fact that you needed information about the costs and benefits of the health care services that were being delivered. We are moving from a state in both the U.K. and New Zealand where we had absolutely no information about the costs and benefits of care to where we needed almost perfect information in a contracting-out environment.

I think that if we are considering a shift to contracting out, we have to consider what incentives there are for good decision-making. We need to make sure that we are considering generating good information about the costs and benefits of care, and we have to realize that Rome was not built in a day. In order to achieve real, lasting and sustainable change, it will take time to get the information.

In terms of what the federal government can do specifically, as I have already said, there is a definite role for the federal government in setting national standards and in evaluating the cost-effectiveness of a wide range of care. There is possibly a role for the federal government, as there is for the Australian Commonwealth Government, in managing the pharmaceutical plan. That should be evaluated. There is also the possibility of the federal government, in partnership with one or more provinces, actively experimenting with GP fund-holding from the ground up to finance primary care reform by way of an initiative similar to the GP fund-holding initiative in the United Kingdom. That would be a way of rolling in an extension of the range of care to pharmacare and potentially home care through these budgets.

Mr. Mark Stabile, Professor, University of Toronto: I will be brief. We have heard people note here today that the big difference between our system and others is not the level of private financing, but the role of that financing. In fact, you have noted, as a committee, through the systems you have studied that, in fact, we spend more money privately than any of the systems that you have examined over the last few weeks. Today I will highlight a few things that might be useful.

The first is the use of co-payments, or deductibles. Research from several countries confirms that if you make people pay out-of-pocket, they use fewer services. Whether this is a good

advantages peuvent varier dans le temps ainsi que d'un marché à l'autre. Bref, ce n'est pas une panacée. Les marchés des soins de santé sont bien différents les uns des autres. En outre, ils sont dynamiques et évoluent avec le temps.

Il est essentiel que le système puisse décider à tout moment s'il est préférable d'assurer un service à l'interne ou de sous-traiter. Cela signifie qu'il faut prendre en compte ce qui incite les acheteurs de services de santé à bien travailler. Lorsque je parle d'acheteurs, je pense aux autorités en matière de santé, aux centres communautaires, aux organismes à but non lucratif, aux compagnies d'assurance privées, aux fournisseurs de services de santé qui sont responsables des achats, et à ceux qui garantissent l'accès à une vaste gamme de soins de santé.

Je considère que si la sous-traitance sur les marchés internes du Royaume-Uni et de la Nouvelle-Zélande n'a pas donné tous les résultats escomptés, c'est parce qu'on n'a pas prêté suffisamment d'attention à ce qui devait inciter les acheteurs de services de santé à bien faire leur travail. On n'a pas suffisamment tenu compte du fait qu'il faut de l'information sur les coûts et les avantages des services de soins de santé qui sont assurés. Au Royaume-Uni comme en Nouvelle-Zélande, on est passé d'une situation où on ne disposait d'aucune information sur les coûts et avantages des services à un contexte nouveau où il fallait des renseignements presque parfaits pour assurer le succès de la sous-traitance.

Je pense que si nous envisageons de nous orienter vers la sous-traitance, il va falloir s'intéresser aux incitatifs du processus décisionnel. Il faut faire en sorte que l'on produise une information fiable sur les coûts et avantages des soins de santé, tout en reconnaissant que Rome ne s'est pas faite en un jour. Pour obtenir un changement réel durable, il faut prendre le temps de se renseigner.

Pour ce que le gouvernement fédéral peut faire précisément, comme je l'ai déjà dit, il peut certainement jouer un rôle en fixant des normes nationales et en évaluant la rentabilité de tout un éventail de soins. Il peut peut-être aussi, comme le gouvernement du Commonwealth australien, gérer l'assurance-médicaments. Cela pourrait être évalué. Il pourrait aussi, en partenariat avec une ou plusieurs provinces, faire l'expérience de cabinets de groupe de médecins pour financer les soins primaires en envisageant une initiative similaire à celle du Royaume-Uni. Ce serait une façon d'élargir l'éventail de soins pour qu'il englobe l'assurance-médicaments et peut-être même les soins à domicile dans ces budgets.

M. Mark Stabile, professeur, Université de Toronto: Je serai bref. Plusieurs ont dit aujourd'hui que la grosse différence entre notre système et d'autres n'est pas le niveau de financement privé, mais le rôle de ce financement. En fait, votre comité a remarqué dans les systèmes qu'il a étudiés que nous dépensons finalement plus d'argent privé que tous ces autres systèmes que vous avez examinés ces dernières semaines. Je m'arrêterai sur certains points qui pourraient être utiles.

Tout d'abord, l'utilisation des quotes-parts ou franchises. Les recherches effectuées dans plusieurs pays confirment que si l'on fait payer les gens de leur poche, ils ont recours à moins de

thing depends upon which population you are targeting. You will save money, and for middle and high income adults, most studies find that the clients and utilization do not translate into worse health. There is a considerable amount of evidence that suggests that increasing barriers to primary care access for children is very costly in terms of their health. The same is true for other already under-served populations, namely lower income populations.

It would be a mistake to alter behaviour through out-of-pocket costs for health care without addressing whether individuals have the means to pay for these costs. While other countries have user charges, they have a mechanism, be it means testing, greater income redistribution, or something similar, to ensure that people have the means to purchase this care.

On the issue of for-profit versus not-for-profit delivery of care, there is limited international evidence on the differences between the two when both types of care are publicly financed, in the spirit of Alberta's efforts. However, interesting new evidence from the U.S. suggests that for-profit providers can alter the behaviour of not-for-profit providers. The research examined whether for-profits are more likely to upcode than not-for-profits. Upcoding is a term used to describe the practice of shifting the diagnosis that a hospital gives a patient from one that pays less to a diagnosis that pays more. It presumably has no effect on the quality of care received, but it will affect the amount of profit the hospital makes. The results are interesting, because they indicate that not only do for-profit hospitals seem more likely to upcode than not-for-profit hospitals, but in areas where there is a high density of for-profit hospitals, the not-for-profit hospitals are more likely to upcode. The for-profit hospitals may, in fact, be altering the competitive behaviour of not-for-profit hospitals. That should be kept in mind.

It has not been stressed enough that, in response to the committee's inquiry as to why other social insurance systems are able to offer a broader range of coverage than we offer are, it is important to recognize that we are making trade-offs. We do that to expand the base of public coverage, which we all agree we might want to do. We will have to consider not offering first dollar coverage for everything we do for all doctor and hospital services. Whether this indicates means testing for some forms of coverage, allowing a mixed private and public funding for items that are currently only publicly financed, or considering other methods of redistribution, is something that we should talk about today.

Ms Carolyn Tuohy, Professor, University of Toronto: I will take a somewhat different approach to these questions. I am a political scientist, following a range of lawyers and economists, and I want to talk about political feasibility.

Certainly one way that these various nations differ from Canada is in their broad political systems and in fact, in the politics of the health care sector in each of these nations. We can learn from

services. Est-ce une bonne chose? Cela dépend de la population visée. Cela permet des économies et, pour les adultes à revenu moyen et élevé, la majorité des études confirment que cela n'aggrave pas leur état de santé. Par contre, tout le monde s'accorde pour dire que si l'on accroît les obstacles à l'accès aux soins primaires pour les enfants, cela finit par coûter très cher. Même chose pour d'autres populations qui sont déjà mal servies, notamment celles à faible revenu.

Il ne faudrait pas modifier le comportement en imposant des frais personnels pour la santé sans se demander si les intéressés ont le moyen de les payer. D'autres pays ont recours au ticket modérateur mais ils ont un mécanisme, qu'il s'agisse de l'évaluation des ressources ou d'une meilleure redistribution des revenus ou autre, qui permet d'assurer que les gens ont les moyens d'acheter ces services.

Pour ce qui est de la prestation de soins à but lucratif ou non, il n'y a pas tellement d'études internationales qui portent sur les différences entre les deux lorsque l'un et l'autre sont financés par le Trésor public, un peu comme ce qu'envisage l'Alberta. Toutefois, des études intéressantes venant des États-Unis semblent indiquer que les prestataires de services à but lucratif peuvent modifier le comportement de prestataires à but non lucratif. On s'est ainsi demandé si les prestataires à but lucratif ont plus tendance à relever les codes que ceux qui sont à but non lucratif. Relever le code consiste à modifier le diagnostic donné par un hôpital à un patient afin que celui-ci paie davantage. Cela ne devrait avoir aucun effet sur la qualité des soins reçus mais cela peut augmenter les bénéfices que fait l'hôpital. Les résultats sont intéressants parce qu'ils indiquent que non seulement les hôpitaux à but lucratif semblent plus portés à relever les codes que les hôpitaux à but non lucratif, mais que dans les régions où il y a une forte densité d'hôpitaux à but lucratif, les hôpitaux à but non lucratif ont également davantage tendance à remonter le code. Les hôpitaux à but lucratif peuvent, en fait, modifier le comportement des hôpitaux à but non lucratif face à la concurrence. C'est quelque chose qu'il ne faut pas négliger.

Le comité a demandé pourquoi d'autres régimes d'assurance sociale sont en mesure d'offrir une couverture plus large que nous, et je dirais que l'on n'a pas suffisamment insisté sur le fait que nous faisons des compromis. Ceci pour élargir la couverture publique, ce que, nous en convenons tous, serait peut-être une bonne chose. Il faudrait peut-être envisager de ne pas couvrir absolument tout, dès le premier dollar, pour les services de médecins et d'hôpitaux. Cela obligerait-il d'évaluer que les ressources des intéressés pour certaines formes de couverture, de permettre un financement mixte privé et public pour des éléments qui ne sont actuellement que financés de façon publique ou d'envisager d'autres méthodes de redistribution, voilà des questions qui devraient être examinées.

Mme Carolyn Tuohy, professeure, Université de Toronto: Je compte aborder la question un peu différemment. Je suis une politologue qui fait suite à des avocats et des économistes et j'aimerais parler donc des considérations politiques.

Une des différences en effet entre le Canada et ces différents pays est le régime politique et, en fait, la politique qui gouverne le secteur de la santé dans chacun de ces pays. Nous pouvons en tirer

these other nations about systems that have proved to be politically feasible. Then, choosing from the menu of possibilities with which Canada is faced, we can speculate as to what would be politically feasible in the Canadian context.

I want to pick up the other end of the stick instead of starting with what we want to do and then thinking about whether it is politically feasible. I want to start with what is politically feasible and then see what possibility from that menu selection would work best.

In the paper that I prepared with Mr. Stabile and Ms Flood, we pointed out that of the nations that we considered — Britain, New Zealand, the Netherlands, Australia, Canada and the United States — there were basically three approaches to health care reform. I called them a “big bang approach,” a “blueprint approach” and an “incremental approach.” A big bang approach is an attempt to get it all right, all at once — big bang, comprehensive reform. There is an attempt to do this in Britain, New Zealand and the United States. In Britain and New Zealand there was an attempt to introduce an internal market very rapidly. In the U.S. there was an attempt to introduce universal health care through managed competition.

The Netherlands chose to take a blueprint approach — the sort of thing that Mr. Blomqvist talked about — of having in mind where you want to go, but taking it in steps. In Canada and Australia there was really not a blueprint, just a series of adjustments in particular sub-sectors.

The irony is that it does not seem to matter which kind of approach is taken — big bang, blueprint or incremental. There were varying degrees of success in each nation. I would disagree a little with Mr. Forget in that I think the internal market reforms stuck more in Britain than they did in New Zealand. Granted, they were absorbed by the existing system. The attempt to split the NHS hierarchy into purchasers and providers was an attempt to break up an established structure. The human networks within that structure re-knit themselves to a certain extent.

The result was long-term, rather than annual, contracts. There was also less competition among providers than was originally anticipated. The result was also more explicit bargaining and contracting between purchasers and providers and, in a sort of sleeper reform, general practice fund-holding in the primary care sector. Although the language certainly changed when Labour took over in 1997, the fundamental concept of fund-holding by general practitioners, now in larger groups, and the fundamental split between purchasers and providers was maintained.

In New Zealand, on the other hand, the reforms were progressively rolled back after a series of changes in government. It remains to be seen whether this is followed through, but there was a version of the British sleeper effect with general practitioner budget-holding in New Zealand as well. Generally, I would agree that those reforms were more rolled back than was the case in Britain. The U.S. attempt to introduce managed competition in a

des leçons sur les systèmes qui ont été politiquement possibles. Ainsi, face aux différentes possibilités qui s'offrent au Canada, nous pourrions essayer d'imaginer ce qui serait politiquement possible dans le contexte canadien.

Plutôt que de me demander ce que nous voulons faire et de voir si c'est politiquement possible, j'aimerais voir ce qui est politiquement possible et envisager quelle serait parmi ces différents choix la meilleure solution.

Dans le document que j'ai préparé avec M. Stabile et Mme Flood, nous avons signalé que les pays que nous avons examinés — la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, l'Australie, le Canada et les États-Unis — envisageaient essentiellement la réforme des soins de santé de trois façons différentes: il y a la façon radicale, la façon graduelle et la façon progressive. La façon radicale consiste à essayer de tout réussir d'un coup, globalement. C'est ce que l'on essaie de faire en Grande-Bretagne, en Nouvelle-Zélande et aux États-Unis. En Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande, on a essayé d'introduire très rapidement un marché interne. Aux États-Unis, on a essayé d'introduire un régime universel par la concurrence dirigée.

Les Pays-Bas ont choisi la formule graduelle — ce dont parlait M. Blomqvist — sachant où ils veulent en venir mais procédant étape par étape. Au Canada et en Australie, on ne peut pas parler d'un modèle, simplement d'une série d'adaptations dans des sous-secteurs particuliers.

L'ironie veut que peu importe la formule choisie, radicale, graduelle ou progressive, les résultats semblent variables dans chaque pays. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec M. Forget parce que j'estime que les réformes liées au marché interne semblent avoir mieux réussi en Grande-Bretagne qu'en Nouvelle-Zélande. Certes, elles ont été absorbées par le système existant. La tentative visant à diviser la hiérarchie du SNS en acheteurs et fournisseurs visait à faire éclater une structure établie. Les réseaux humains qui existaient dans cette structure se sont dans une certaine mesure reconstitués.

Le résultat a fait des contrats à long terme plutôt qu'annuels. Il y a eu d'autre part moins de concurrence entre les fournisseurs qu'on ne l'avait prévu. Cela a entraîné aussi plus de négociation et de contrats entre les acheteurs et les fournisseurs et, de façon un peu sournoise, des cabinets de groupe de médecins dans le secteur des soins primaires. Bien que la terminologie ait certainement changé lorsque les travaillistes ont pris le pouvoir en 1997, le concept fondamental des cabinets de groupe de médecins plus importants désormais, et la distinction fondamentale entre les acheteurs et les fournisseurs a été maintenue.

En Nouvelle-Zélande, par contre, les réformes ont été progressivement retirées après une série de changements au sein du gouvernement. Reste à voir si cela se poursuivra, mais il y a une version de l'effet surnois des réformes britanniques en Nouvelle-Zélande aussi pour ce qui est des cabinets de groupe de médecins. De façon générale, je conviens que ces réformes ont accusé plus de recul qu'en Grande-Bretagne. La tentative des

big bang way simply failed spectacularly, as we know, with the Clinton reform.

In the Netherlands blueprint approach, it is interesting that at each step toward the blueprint, you need to maintain the coalition of support that you had at the outset. As I pointed out in the paper, this is both a difficult policy design problem and a difficult political problem. If you have what we will call, for the sake of argument, a left-right balance in the overall package of reforms, and everyone agrees to it at the outset, keep in mind that you must satisfy the left and the right at each step. It is very difficult to do. This was the experience of the Netherlands through a series of coalition governments in which the complexion changed from centre-right to centre-left to centre-right. They ended up with an implementation in one sub-sector — in the social insurance sub-sector — of significant reform, but certainly not with the whole way to manage competition that was originally anticipated.

Finally, Australia and Canada had incremental reforms that did make a difference in certain sub-sectors, not within an overall blueprint, of hospital restructuring in Canada and of public subsidies to private insurance in Australia.

Why did these nations take these particular approaches? I argue that it is really the result of conditions in the broader political arena rather than in the health care arena itself. A big bang approach to health care reform is very politically risky and it is rare that any government will take that chance. It requires a confluence or convergence of political developments that is very rare. You must be able to consolidate political authority on a fairly massive scale and you must have the political will to take the risk. To the extent that you consolidate authority, you also consolidate accountability, which then makes it more difficult to shift the blame to someone else.

We have seen big bang reforms on rare occasions. We saw it in Britain after the Second World War with the establishment of the NHS. We saw it in 1980s in Britain with the Thatcher government in its third successive majority mandate. These are rare events.

Blueprint-type reforms are more likely in coalition circumstances where bipartisan compromise is necessary. I have not mentioned certain U.S. states where we also saw blueprint approaches because of the need for bipartisan compromise — with a similar result as that in the Netherlands. Things tended to stall or get rolled back as the complexion of the political coalition changed over time.

In Australia and Canada we have seen incremental reforms where federal-provincial consensus cannot be mobilized for something broader. That, also, is a result of factors in the broad political arena and not in the health care arena itself.

What can we learn in terms of what actually happens in implementing these reforms? Across these nations, regardless of whether they took a big bang or blueprint or incremental approach, things got implemented to the extent that governments

États-Unis avec la concurrence dirigée dans le cadre d'une réforme radicale a tout simplement échoué de façon spectaculaire, comme nous le savons, pour ce qui est de la réforme Clinton.

Dans la solution graduelle des Pays-Bas, on constate, et c'est intéressant, que chaque étape devant mener à un modèle nécessite de maintenir la coalition d'appui qui existait au départ. Comme je l'indique dans notre document, cela pose à la fois un sérieux problème d'orientation et également un problème politique épineux. Si l'on a ce que nous qualifierons, aux fins de discussion, d'équilibre gauche-droite dans l'ensemble des réformes, et que tout le monde l'accepte au départ, il faut savoir qu'à chaque étape il s'agit de satisfaire à la fois la gauche et la droite. C'est très difficile. C'est ce qui s'est passé aux Pays-Bas avec une série de gouvernements de coalition dont la couleur changeait de centre-droit à centre-gauche pour revenir à centre-droit. Ils se sont retrouvés avec une réforme importante dans un sous-secteur — celui de l'assurance sociale — mais certainement pas, comme on l'avait prévu, pour l'ensemble de la concurrence dirigée.

Enfin, l'Australie et le Canada ont connu des réformes progressives qui ont changé un peu les choses dans certains sous-secteurs, pas d'une façon globale, pour ce qui est de la restructuration des hôpitaux au Canada et des subventions publiques à l'assurance privée en Australie.

Pourquoi ces pays ont-ils choisi ces formules différentes? Je crois que c'est à cause d'une situation politique générale différente plutôt que d'une situation différente dans le secteur de la santé lui-même. Une approche radicale face à une telle réforme est politiquement très dangereuse et il est rare qu'un gouvernement veuille courir ce risque. Cela exige de réunir plusieurs conditions politiques qu'il est difficile de réunir. Il faut pouvoir concentrer l'autorité politique à très grande échelle et avoir la volonté politique de prendre ce risque. Dans la mesure où on concentre l'autorité, on concentre aussi la responsabilité, si bien qu'il devient plus difficile de rejeter le blâme sur quelqu'un d'autre.

Les réformes radicales sont rares. Cela s'est produit en Grande-Bretagne après la Seconde Guerre mondiale lorsqu'a été instauré le système national de santé. Nous l'avons vu dans les années 80 en Grande-Bretagne, sous le gouvernement Thatcher, lors de son troisième mandat majoritaire successif. C'est rare.

Des réformes du genre graduel sont plus courantes dans des circonstances de coalition où les compromis sont nécessaires. Je n'ai pas mentionné certains États des États-Unis où l'on a également choisi la formule graduelle parce qu'il fallait parvenir à un compromis bipartisan — avec des résultats similaires à ce que l'on a vu aux Pays-Bas. Les choses avaient tendance à bloquer ou à reculer au fur et à mesure que la coalition politique changeait de couleur.

En Australie et au Canada, nous avons constaté des réformes progressives parce que l'on ne peut pas parvenir à un consensus fédéral-provincial plus large. Ceci résulte également de certains facteurs politiques généraux qui ne sont pas limités à la santé.

Quelle leçon peut-on tirer de ces différentes formules? Quel que soit le pays, que l'on ait choisi la formule radicale, la formule graduelle ou la formule progressive, les réformes se sont réalisées dans la mesure où le gouvernement pouvait constituer des

could make strategic alliances with certain key actors in the health care arena. It was only in that respect that they were implemented.

That takes us to the structure of interests in the health care arena, and to the structure of the health care system.

In the British hierarchy of the NHS there is what my colleague Rudolph Klein in Britain has called the "implicit concord," the founding bargain between the providers, hospitals, the medical profession and the state. Basically, the state will set the budgetary parameters and physicians, primarily, will allocate within those parameters with very little interference from the state. The internal market reforms were a big shock to that accommodation, but it did recover. It did re-knit itself.

In New Zealand, as Ms Flood has pointed out, because of the extensive system of co-payments, there is a much more divided base for accommodation. Physicians are dealing not only with the state but with patient out-of-pocket payment and private insurer payment. That has fragmented the basis for a political accommodation between the profession and the state.

In the U.S. there is what Allen Schick has called "hyperpluralism" in the health care arena, given the turbulence of the markets and the various interests that throws up. In the Netherlands we have what has been described as the social middle ground of the social insurance funds, the physicians associations, the private insurers — again, the grounds for compromise being across a number of representative interests. In Australia, we have a more New Zealand-type situation of a divided structure of interests. In Canada, ironically, given our relatively low share of public funding, we have an accommodation between providers and the state that is not unlike that in Britain because our physicians and hospitals are essentially locked into exclusive public payment.

This meant that in each of those nations there were different structures in which to seek strategic alliances. There were the GPs in Britain and, to a lesser extent in New Zealand, general practice fundholding became advocates of reform. In the U.S., hyperpluralism fragmented the possibility of coalition. In the Netherlands, the social insurance funds were the allies of the state in reform. In Australia, again, there is a fragmented basis for accommodation.

In Canada, what does this suggest? It suggests that we ought to be cautious about a big bang approach. I frankly doubt that we have the political conditions in the broad political arena for a big bang approach to health care reform, which would require an unprecedented — at least since the 1960s — degree of federal-provincial consensus. If we want to think about a blueprint, I agree with Mr. Blomqvist, it is a more intellectually appealing approach. I am not sure that we could again maintain the federal-provincial coalition over that series of steps. The best we can do may be a bolder approach to incrementalism than what we have adopted in the past, seeking champions and allies within the health care arena.

alliances stratégiques avec certains acteurs clés dans le secteur de la santé. Ce n'est qu'ainsi que l'on a pu les mettre en oeuvre.

Cela nous amène à la structure des intérêts dans ce secteur et à la structure du système de santé publique lui-même.

Dans la hiérarchie britannique du système national de santé, il y a ce que mon collègue Rudolph Klein en Grande-Bretagne appelle «la concorde implicite», le compromis fondamental entre les fournisseurs, les hôpitaux, la profession médicale et l'État. Essentiellement, l'État fixe les paramètres budgétaires et les médecins, essentiellement, répartissent ces budgets en fonction de ces paramètres sans que l'État intervienne beaucoup. Les réformes du marché interne ont complètement bouleversé cela mais la situation s'est rétablie. Il y a eu une reconstitution.

En Nouvelle-Zélande, comme l'a signalé Mme Flood, du fait du système généralisé de quotes-parts, il est beaucoup moins facile de parvenir à des accommodements. Les médecins ont affaire non seulement à l'État mais également aux patients qui doivent payer et aux assureurs privés. Cela a fragmenté la base d'un consensus politique entre la profession médicale et l'État.

Aux États-Unis, il y a ce qu'Allen Schick appelle «l'hyperpluralisme» dans le secteur de la santé, étant donné la turbulence des marchés et les divers intérêts qu'elle engendre. Aux Pays-Bas, nous avons ce que l'on a appelé le terrain d'entente sociale entre les fonds d'assurance sociale, les associations de médecins et les assureurs privés — là encore, les terrains de compromis chevauchant un certain nombre d'intérêts particuliers. En Australie, la situation ressemble davantage à celle de la Nouvelle-Zélande où les intérêts sont divisés. Au Canada, et c'est un peu ironique, étant donné notre part relativement faible de financement public, nous avons un arrangement entre les fournisseurs et l'État qui ressemble un peu à ce qui existe en Grande-Bretagne parce que nos médecins et hôpitaux sont essentiellement payés exclusivement par le secteur public.

Ce qui fait que dans chacun de ces pays, il y avait des structures différentes dans lesquelles rechercher des alliances stratégiques. Il y avait les multipraticiens en Grande-Bretagne et, dans une moindre mesure, en Nouvelle-Zélande, les cabinets de groupe qui préconisaient la réforme. Aux États-Unis, l'hyperpluralisme a fragmenté la possibilité de coalition. Aux Pays-Bas, les fonds d'assurance sociale se firent les alliés de l'État pour préconiser des réformes. En Australie, encore, les accommodements sont difficiles du fait d'une structure fragmentée.

Au Canada, qu'est-ce que cela veut dire? Cela veut dire que nous devrions être prudents avant d'envisager la formule radicale. Je doute franchement que nous ayons les conditions politiques générales nécessaires pour une réforme radicale du système de santé qui exigerait un consensus fédéral-provincial comme on en n'a pas vu depuis les années 60. Si nous voulons envisager un modèle, je conviens avec M. Blomqvist que ce serait intellectuellement plus attrayant. Là encore, toutefois, je ne suis pas certaine que nous puissions maintenir une coalition fédérale-provinciale à toutes les étapes. Peut-être qu'il serait alors préférable d'envisager une formule progressive plus hardie que jusqu'à maintenant, en essayant de trouver des champions et des alliés au sein même du secteur de la santé.

I would consider that to be most in the arena of primary care reform. There seems to be a consensus developing here about the importance of primary care reform, where there are strategic allies, where there are physician groups in support of primary care reform in most provinces.

Let me just say a word about several things that have come up in the earlier comments. With regard to private provision of publicly financed care, there are three caveats about turning to private providers for purchase by public payers. The first is with regard to lines of accountability. It is very important to distinguish, in the private sector, not just between for-profit and not-for-profit, but between investor-owned and proprietary organizations. In proprietary organizations, essentially, the providers consume the profit. In investor-owned corporations, the profit is distributed as dividends to shareholders and as equity gains to shareholders. There are very different incentives in each of those cases. We might discuss that in the questioning segment later.

The second is the potential for cream-skimming. Across nations where we see private, for-profit providers move into areas, it is into those that are profitable and that pulls them out of the public system. Even if they are publicly financed, that leaves a public hospital with much less capacity to cross-subsidize and a much greater pressure on its public budget.

Finally, I offer a warning about bundling of services. Mr. Stabile can speak to this later. If those private providers are providing services that are publicly paid for and can bundle those services together with services that must be paid for privately — such as a foldable lens — that is an effective co-payment, if you cannot get the public service without buying the private service. This is something that Bill 11 in Alberta has regulated against, but it is clearly an incentive for private providers.

I was going to speak about user charges, but I will not.

The Chairman: I will not allow myself to get sidetracked by your comment about the private-public issue, except to point out that this country has had a long experience in transportation, telecommunications and other industries in which a private provider was required to subsidize, in effect, uneconomic portions of the business. For instance, telephone companies were not allowed to only service urban areas; they were required to serve rural areas. Transportation companies were required to provide service to clearly uneconomic routes. A lot of Canadian experience would counter the notion that you cannot have private providers of a public service and require the private providers to do certain things which are clearly uneconomic as part of the deal. I do not want it get into that subject.

Ms Tuohy: The point would only be that must be regulated if you do that.

Je pense que cela s'appliquerait essentiellement à la réforme dans le secteur des soins primaires. Il semble que l'on soit parvenu à un consensus sur l'importance de cette réforme, que l'on puisse trouver des alliés stratégiques, qu'il y a des groupes de médecins qui sont favorables à la réforme des soins primaires dans la plupart des provinces.

Je veux ajouter un mot sur plusieurs choses dont on a parlé aujourd'hui. En ce qui concerne la prestation privée de soins financés par le trésor public, je ferais trois mises en garde. La première à propos de la responsabilisation. Il est très important de faire la distinction, dans le secteur privé, non seulement entre les organismes à but lucratif et ceux qui sont à but non lucratif, mais également entre les établissements qui appartiennent à ceux qui les exploitent et ceux qui appartiennent à des investisseurs. Lorsque les propriétaires exploitent les établissements, ce sont essentiellement eux qui touchent les bénéfices. Dans le cas d'investisseurs, les bénéfices sont distribués sous forme de dividendes et de gains en capital aux actionnaires. Les incitatifs sont très différents dans chacun des cas. Nous pourrions en rediscuter si vous avez des questions à ce sujet.

Deuxièmement, le risque d'écémage. Quel que soit le pays, lorsque des fournisseurs de services privés à but lucratif entrent dans certains secteurs, c'est dans ceux qui rapportent et ils quittent ainsi le système public. Même s'ils sont financés par le trésor public, les hôpitaux publics ont ainsi beaucoup moins de possibilités d'interfinancement et cela alourdit leur budget public.

Enfin, un avertissement à propos du regroupement de services. M. Stabile pourra en reparler. Si ces fournisseurs privés offrent des services payés par le trésor public et peuvent regrouper ces services avec des services qui doivent être payés par les particuliers — comme des lentilles pliables — c'est une forme de quote-part, si l'on ne peut obtenir le service public sans acheter le service privé. C'est quelque chose qui est interdit aux termes des dispositions de la loi 11 en Alberta mais c'est certainement un incitatif pour les fournisseurs de services privés.

J'allais parler de tickets modérateurs mais je m'abstiendrai.

Le président: Je ne voudrais pas me laisser égarer par votre commentaire sur la distinction privé-public, sauf pour dire que notre pays a une longue expérience dans les secteurs des transports, des télécommunications et autres, où des fournisseurs de services privés ont été tenus de subventionner, car c'est bien cela, des tronçons non économiques de l'entreprise. Par exemple, les compagnies de téléphone n'étaient pas autorisées à ne desservir que les régions urbaines; elles devaient également desservir les régions rurales. Les compagnies de transport étaient tenues d'assurer le service sur des parcours certainement pas rentables. Nous avons donc pas mal d'exemples au Canada qui prouvent que l'on peut avoir des fournisseurs privés pour dispenser un service public et que l'on peut exiger que des fournisseurs privés fassent un certain nombre de choses qui ne sont pas rentables pour avoir le droit de faire le reste. Je ne voudrais toutefois pas que nous nous lancions dans ce débat.

Mme Tuohy: La seule chose, c'est que, pour cela, il faut que ce soit réglementé.

The Chairman: Mr. Forget raised a question which has troubled this committee from the beginning, and we would like to have some advice on the massive misinterpretation of what the public administration principle of the Canada Health Act means. Have you any thoughts on how we can redefine that principle in a way that means what it was meant to mean, or alternatively, how we can correct what, I believe, is frankly a deliberate misuse of the principle by many people?

Mr. Forget: It is easier to say that it has been misinterpreted than to suggest a constructive way of doing it. I suppose the original intent was that when medicare was instituted the provinces should not wash their hands entirely of the problem and asked private insurers to manage the system on their behalf. This may have been at the back of the minds of the legislators 40 or 50 years ago. As long as provincial governments would keep essential and ultimate accountability for the system that they supervise, that should allow them to do pretty well everything else that they feel appropriate and expedient. Of course, we know it has not been interpreted that way. It means a complete ban on any kind of private provision and so on.

What does the law mean? Well, I suppose different lawyers will read it differently. One other thought that came to me in connection with that is the notion that "public administration" tends to suggest a close relationship between the health system and the government, but the example of Holland and Germany suggests that a distance can be built between a non-profit, publicly-constituted authority and the day-to-day political life with the vagaries of political life that are disturbing to a system like that.

There is a lack of continuity at senior levels in our health departments. Certainly that has been observed federally, but also I believe it has been observed in many provinces. It has come to the point where the total expertise and the experience embodied in the top civil servants who run the health system in the various provinces have become very small indeed. These are not jobs that are rewarding in terms of a feeling of success these days and, therefore, people tend to move frequently. As a result, the system is led by people who have minimal knowledge about what they are trying to regulate.

Building distance between politicians and the management of the health system might be good and it might be one way of reinterpreting the public administration to give more freedom and also build more distance.

The Chairman: In that sense, set it up as an arm's-length agency, a Crown corporation, whatever you want to call it.

Mr. Forget: Yes.

Senator Morin: I would like to thank Mr. Forget for coming. He was Minister of Health when I was Dean of Medicine at Laval and he was one of the best, if not the best, Minister of Health we

Le président: M. Forget a soulevé une question qui trouble notre comité depuis le début de son étude et nous voudrions que l'on nous conseille au sujet de l'incompréhension généralisée de ce que signifie le principe d'administration publique prévue dans la Loi canadienne sur la santé. Sauriez-vous comment on pourrait redéfinir ce principe de façon à ce qu'il signifie ce qu'il devait signifier ou comment on pourrait corriger ce qui me semble être, très franchement, une utilisation délibérément abusive de ce principe par beaucoup de monde?

M. Forget: Il est plus facile de dire que cela a été mal interprété que de proposer une façon constructive de s'y prendre. Je suppose que l'intention initiale, lorsque le régime d'assurance-maladie a été institué, était que les provinces ne devraient pas se laver les mains du problème et demandent aux assureurs privés de gérer le régime pour elles. C'est peut-être ce à quoi songeaient les législateurs il y a 40 ou 50 ans. Tant que les gouvernements provinciaux garderaient la responsabilité essentielle et ultime du régime qu'ils supervisent, cela devrait leur permettre de faire à peu près tout le reste qu'ils estiment approprié et opportun. Naturellement, nous savons que cela n'a pas été interprété de cette façon. Cela signifie une interdiction totale de tout type de services privés, et cetera.

Quelle est l'intention de la loi? Et bien, je suppose que différents avocats l'interprètent différemment. Une autre chose qui m'est venue à l'esprit à cet égard c'est l'idée que l'administration publique a tendance à laisser entendre un lien étroit entre le régime de santé et le gouvernement, mais l'exemple de la Hollande et de l'Allemagne laisse entendre qu'il est possible de mettre un peu de distance entre un pouvoir public sans but lucratif et la vie politique quotidienne et ses caprices qui perturbent un tel système.

Il y a un manque de continuité au niveau supérieur de nos ministères de la Santé. On l'a certainement constaté au niveau fédéral, mais je crois également qu'on l'a constaté dans bon nombre de provinces. On en est arrivé à un point où les compétences et l'expérience totales que l'on retrouve chez les hauts fonctionnaires qui administrent le système de santé dans les diverses provinces ont énormément diminué. Ce ne sont pas des emplois enrichissants en ce sens qu'on n'a pas l'impression d'avoir du succès ces temps-ci et, par conséquent, il y a habituellement un roulement fréquent. Le système est donc dirigé par des gens qui ont des connaissances minimales au sujet de ce qu'il tente de réglementer.

Ce serait peut-être une bonne chose de mettre un peu de distance entre les hommes et les femmes politiques et la gestion du système de santé. Cela pourrait être une façon de réinterpréter l'administration publique pour procurer plus de liberté ou assurer plus de distance.

Le président: En ce sens, on pourrait mettre sur pied un organisme indépendant, une société d'État, peu importe comment on voudrait l'appeler.

M. Forget: Oui.

Le sénateur Morin: J'aimerais remercier M. Forget d'être venu nous rencontrer. Il était ministre de la Santé lorsque j'étais doyen de la faculté de la médecine à Laval, et il a été l'un des

have had in Quebec. He wrote an excellent book on internal markets in Canada and for those interested in internal markets it is an excellent reference source.

I have two special requests before starting. Ms Tuohy, we have received excellent documents from you. One of the documents stated there was a percentage of the population in various countries that is on waiting lists. This was limited to only three or four countries; the U.S. and other countries were missing. Is there an extended list? Perhaps we could be provided with a full list of countries, as far as waiting lists are concerned.

Ms Tuohy: I should pass this question on to Professor Flood. There was a Commonwealth Fund survey of the population in the five Anglo-American countries that asked questions about waiting lists. We have that data.

Senator Morin: Perhaps we could have those lists.

Professor Donaldson, perhaps we could have the reference quoted on the study comparing various systems of delivery.

Mr. Donaldson: Absolutely.

Senator Morin: From our study of various countries there are three major differences between Canada and the other countries. Our system is very decentralized. I cannot think of another country where the whole delivery of health care is within the responsibility of the states or provinces, as the case may be. The central government always has some power over the delivery of health care. Here in Canada it is totally provincial. The provinces totally resist any intrusion of the federal government, however beneficial that might be. As time goes by, whatever federal funds are spent in health are unattached. As long as tax points or unattached funding are given, the federal government is losing power.

I was wondering at one point if we should not let the provinces go their own way, let them experiment independently under the umbrella of a certain number of small, generally agreed principles in view of the fact that we are so decentralized. I would like to have your views on that.

Another distinction that was alluded to is that every country we studied has a private-interest sector in hospital and medical services, for all sorts of reasons, some of which may be historical. Countries such as Australia are promoting this and subsize their insurance sector. Australia thinks the private sector is very important and it hopes to bring at least half of the population into it.

Some provinces in this country are more interested than others in going this route. We can have theoretical discussions about that. Should we let provinces again experiment under the umbrella of a small number of generally agreed principles?

meilleurs ministres de la Santé que nous ayons eus au Québec, sinon le meilleur. Il a écrit un excellent livre sur les marchés internes au Canada et pour ceux que la question intéresse, il s'agit là d'une excellente source de référence.

J'ai deux demandes spéciales avant de commencer. Madame Tuohy, vous nous avez envoyé d'excellents documents. Dans l'un on déclarait qu'un pourcentage de la population dans différents pays est sur une liste d'attente. Cela se limitait à trois ou quatre pays: les États-Unis et d'autres pays n'y figuraient pas. Y a-t-il une liste plus longue? Peut-être que vous pourriez nous fournir une liste complète des pays, en ce qui a trait aux listes d'attente.

Mme Tuohy: Je devrais transmettre la question à Mme Flood. Il y a eu une enquête de la population du Fonds du Commonwealth dans les cinq pays anglo-américains dans laquelle on posait des questions au sujet des listes d'attente. Nous avons ces données.

Le sénateur Morin: Peut-être que nous pourrions avoir ces listes.

Monsieur Donaldson, peut-être que nous pourrions avoir la référence qui est citée dans l'étude qui compare les divers systèmes de prestation.

M. Donaldson: Absolument.

Le sénateur Morin: D'après notre étude des différents pays, il y a trois grandes différences entre le Canada et les autres pays. Notre système est très décentralisé. Je ne peux pas penser à un autre pays où toute la prestation des soins de santé relève des États ou des provinces, selon le cas. Le gouvernement central a toujours un certain pouvoir en matière de prestation de soins de santé. Ici au Canada, cela relève entièrement des provinces, lesquelles résistent tout à fait à toute intrusion du gouvernement fédéral, même si cela pouvait être avantageux. Avec le temps, les fonds fédéraux sont dépensés sans condition dans le domaine de la santé. Tant que le gouvernement fédéral accorde des points d'impôt ou un financement sans condition, il perd du pouvoir.

À un moment donné, je me demandais s'il ne fallait pas permettre aux provinces de faire des expériences indépendantes selon certains principes généralement acceptés, compte tenu du fait que le régime est tellement décentralisé. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

Une autre différence qui a été mentionnée c'est que chaque pays que nous avons étudié, pour toutes sortes de raisons dont certains sont historiques, à un secteur privé pour les services hospitaliers et médicaux. Certains pays, comme l'Australie, encouragent cette approche et subventionnent le secteur des assurances. L'Australie estime que le secteur privé est très important et veut qu'au moins la moitié de la population s'en serve.

Certaines provinces canadiennes s'intéressent davantage à cette possibilité. Nous pouvons avoir des discussions théoriques à ce sujet. Faut-il permettre aux provinces de faire des expériences pourvu qu'elles respectent certains principes généralement acceptés?

Another point that struck me concerning our Canadian system is the increase of costs and the effect that it has on the provinces.

According to CIHI, health care costs for provinces increased by 9 per cent last year. There is not one single province that has not complained that its health care delivery system costs 45 per cent or even 50 per cent of its budget. This morning the newspapers reported that Quebec health minister Trudel was telling radiologists that he had to turn down their requests, however well founded, and which university should be closed.

In Great Britain the platform of the Labour Party at the last election contained a promise to increase the cost of the health care system by one-third. Our impression, from hearing from witnesses, is that Australia and most European countries are relatively flat. What strikes me in Canada is that our health care is increasing so much. We have reached the point that the provinces no longer can afford the increases that have occurred — especially over the last two years.

Ms Flood: When talking about the degree to which the provinces are constrained by the terms of the Canada Health Act, I gather from your comments, senator, you were implying that they are.

I would argue, in fact, that the criteria of the Canada Health Act is fairly broad. Within that, there is scope to move to a number of things, such as internal markets and primary care reform. The only thing that is expressly prohibited is a move toward user charges, or extra-billing and two-tier medicine. However, that is only to the extent that we are talking about increased private financing for reform within the publicly-funded system.

It is true that we seem to have had a lot of misinterpretation about what public administration actually means, but I believe those people who would argue that prohibits contracting out to private providers are absolutely wrong. That is not what the Canada Health Act says. Absent that wrong interpretation, there is a great deal of scope for the kind of reforms that most of the experts around the table are talking about.

On the second point, subsidizing or allowing private insurance, experiments with private insurance and extra-billing, our work shows that those countries which have two-tier do not perform any better with regard to waiting lists and waiting times. If you have private insurance, you obviously will have shorter waiting lists or waiting times, but overall waiting lists and waiting times are not reduced.

That being said, there may be ways to experiment with private insurance, as in Quebec, in terms of regulating private insurance coupled with mandatory employer-employee contributions to extend the range of services provided. If we think about private insurance in the way that we think about private insurance in the Netherlands, or any social insurance countries, then there are many more prospects for interesting reform.

J'ai également été frappé par l'augmentation des coûts de notre régime canadien et l'incidence de cette augmentation sur les provinces.

Selon l'ICIS, les coûts des soins de santé payés par les provinces ont augmenté de 9 p. 100 l'année dernière. Toutes les provinces, sans exception, se sont plaintes du fait que leur régime de prestation de soins de santé représente 45 p. 100 ou même 50 p. 100 de leur budget. Ce matin, on lisait dans les journaux que le ministre Trudel, ministre de la Santé du Québec, disait aux radiologues qu'il avait dû rejeter leurs demandes, même si elles étaient très bien fondées. Il a également annoncé quelle université devait être fermée.

En Grande-Bretagne, dans son programme, le Parti travailliste, pendant la dernière campagne électorale, a promis d'augmenter le coût du régime de soins de santé d'un tiers. D'après nos témoins, nous avons l'impression que les coûts sont relativement stables en Australie et dans la plupart des pays d'Europe. Ce qui me frappe c'est que le coût de notre régime augmente tellement au Canada. Les provinces ne peuvent plus se permettre ces augmentations, surtout depuis deux ans.

Mme Flood: Je crois comprendre d'après vos observations, sénateur, que vous jugez que les provinces sont contraintes par la Loi canadienne sur la santé.

Je dirais plutôt que les critères de la Loi canadienne sur la santé sont assez larges. Elle permet certaines possibilités, dont les marchés internes et la réforme des soins primaires. La seule interdiction c'est la mise en place d'un ticket modérateur, la surfacturation et un régime de soins de santé à deux vitesses. Cependant, cela s'applique seulement s'il s'agit d'augmenter le financement privé en vue d'une réforme du régime public.

Il est vrai qu'il y a eu une grande incompréhension de ce que signifie l'administration publique, mais je trouve que ceux qui prétendent qu'elle empêche le recours aux services privés font erreur. Ce n'est pas ce que prévoit la Loi canadienne sur la santé. Sans cette mauvaise interprétation, il y a beaucoup de possibilités d'apporter le genre de réformes dont parlent la plupart des spécialistes présents à cette table.

Sur le deuxième point, nos travaux concernant les expériences avec des assureurs privés et la surfacturation indiquent que les pays qui ont un régime à deux vitesses n'ont pas de listes d'attente ou des délais plus courts. Avec l'assurance privée, les listes d'attente et les délais seront de toute évidence plus courts, mais en général ce n'est pas le cas.

Cela dit, il serait peut-être possible de faire des essais de l'assurance privée, comme au Québec. On pourrait offrir une gamme de services plus vaste si on réglementait l'assurance privée et si on prévoyait des contributions obligatoires des employeurs et des employés. Si on adopte la formule des Pays-Bas en matière d'assurance privée, ou celle des autres pays ayant des systèmes d'assurance sociale, il y a beaucoup de possibilités de réforme intéressantes.

Mr. Forget: This issue goes back to the point that Mr. Blomqvist raised: What is the objective of the system? In responding to the roles of private and public, we have a system in which, quite obviously, the whole philosophy is influenced by a public health approach, even when we are dealing with care to individuals. The public health approach permeates everything in the way governments discuss whether some form of organization will produce better outcomes. The outcomes that they refer to are outcomes for society as a whole — life expectancy and things of that nature. They are not outcomes for the individual who presents at the clinic or at the hospital and needs a particular service. That set of outcomes, which are outcomes of private interest, tend to be rather ignored in the system. We like to deal at the macroeconomics level of the health care system — the equivalent of the rate of inflation and rate of growth of the economy. In the health care system, it is called life expectancy and things of that nature. That has driven a public health approach to public funding.

As we become aware of the multi-dimensional nature of the outcomes, the qualitative nature of the outcomes, it will become hard to sustain that view. For instance, the day will come when we can rank providers in any field — cardiac care, for instance. There will be a national ranking of who is in the top quartile, the second quartile, or the third quartile. What politician will want to say that you must get care from providers in the fourth quartile? Just try to wrap your mind around this. It is an extreme example.

As long as you develop a sense that there are variations, you will also develop the sense that there are trade-offs. People will trade off outcomes, in this specific context, for proximity. They already do this. It is known that volume and success of outcomes for certain surgical procedures are related. This has been known for a long time.

This has not lessened the pressure to have cardiac care facilities in areas of the country that are of low-density population and cannot possibly provide the volume needed to maintain high quality. This has been known for a long time. Has it had any impact on public choices, on popular pressure and on individual choices? People do go to these institutions, and if they cared to inform themselves they would know that they are taking higher risks. Trade-offs are being made but they will become more and more obvious. When these trade-offs are fully documented — and that will happen, it will be available on the Internet 10 years from now — people will know these things.

The multidimensional nature of health care to individuals who seek help will make it impossible to finance the whole of health care. Those who want more of this as opposed to less of that will be told that we will finance a core and they will pay for the excess. I cannot see how governments or public administration can make those choices and make them effective, when they have economic consequences within the fully publicly funded system.

This will come. The system will break down unless it seeks more flexibility. I believe that is the answer to Senator Morin's question. Is there a role for private financing? Eventually we will

M. Forget: Voilà qui nous ramène à la question soulevée par M. Blomqvist: Quel est l'objectif du régime? De toute évidence, toute la philosophie dont s'inspire notre régime est influencée par l'approche des soins de santé publics, même pour ce qui est des soins aux particuliers. Cette approche est omniprésente lors des discussions par les gouvernements d'une réorganisation qui permettrait d'atteindre de meilleurs résultats. Les résultats en question visent la société dans son ensemble — l'espérance de vie, et cetera. Les résultats ne visent pas la personne qui va à une clinique ou à l'hôpital pour obtenir un service donné. Le régime a tendance à négliger cet ensemble de résultats, qui sont d'intérêt privé. On aime parler des effets macro-économiques du régime de soins de santé — l'équivalent du taux d'inflation et du taux de croissance de l'économie. Dans le régime de soins de santé, les résultats de cet ordre sont l'espérance de vie et d'autres facteurs de ce genre. Cette philosophie a guidé l'approche de la santé publique au financement public.

À mesure que nous nous rendrons compte de l'aspect multidimensionnel des résultats, de leur aspect qualitatif, il deviendra difficile de soutenir cette thèse. Par exemple, un jour viendra où nous pourrions classer les fournisseurs dans n'importe quel domaine — les soins cardiaques, par exemple. Il y aura un classement au niveau national dans les premier, deuxième et troisième quartiles. Quel homme politique voudra dire qu'on doit obtenir des soins auprès de fournisseurs se trouvant dans le quatrième quartile? Essayez donc de vous représenter cela. C'est un exemple extrême.

Dans la mesure où vous vous rendrez compte qu'il y a des variations, vous vous rendrez aussi compte qu'il y a des compromis. Dans ce contexte en particulier, les gens préféreront la proximité aux résultats. Cela se fait déjà. Nous savons que pour certaines interventions chirurgicales, il y a un lien entre le volume et le succès des résultats. C'est un fait connu depuis longtemps.

Cela n'a pas diminué la pression pour ce qui est de disposer d'installations de cardiologie dans des régions à faible densité démographique qui ne peuvent aucunement fournir le volume nécessaire pour assurer un haut niveau de qualité. C'est un fait connu depuis longtemps. Cela a-t-il influé sur les choix des autorités publiques, la pression populaire et les choix des individus? Les gens ont recours à ces établissements, et s'ils voulaient bien se renseigner, ils apprendraient qu'ils courent de plus grands risques. On fait des compromis, et ils deviendront de plus en plus évidents. Une fois que l'on aura documenté tous ces compromis — et ça se fera, le tout sera disponible sur Internet d'ici 10 ans — les gens seront au courant de tout cela.

L'aspect multidimensionnel des soins de santé et de la clientèle rendra impossible le financement de tout le système. À ceux qui voudront des soins plus spécialisés, on répondra qu'il y a un financement de base mais qu'ils devront payer pour tout ce qui dépasse. Je ne vois pas comment les gouvernements ou les administrations publiques peuvent vraiment faire de tels choix, quand ils sont lourds de conséquences économiques pour le système qui est entièrement financé par les fonds publics.

Voilà ce qui arrivera. Le système tombera en panne si on ne l'assouplit pas. Je crois que c'est là la réponse à la question du sénateur Morin. Existe-t-il un rôle pour le financement privé? Tôt

all agree that we cannot resolve these problems except by allowing people to pay the difference when they make choices that have economic implications.

The Chairman: To echo that point, there is a Web site available now which lists all the cardiac surgeons in New York State and all of their records in terms of operations and so on.

Senator Morin: We do not need that in this country because we have the best cardiac surgeons here.

The Chairman: Many years ago, Mr. Forget, when I was giving a speech to the Nova Scotia medical association, I thought I spoke a truism, but the members got upset when I reminded them that 50 per cent of the doctors graduated in the bottom half of their class — a point that they seemed to find relatively offensive.

Mr. Stabile: The counter to trade-offs is trade-offs subject to constraints. Many of the people making those choices are making choices because of the constraints. I do not disagree with you, but we must recognize the equity implications of your comments. It may be true, but equity implications are large.

Mr. Forget: The equity implications, first and foremost, are that you cannot make these choices for people whenever you know what the options imply. To a large extent, we are still ignorant about these rankings; to an amazing extent we do not know what is the relative quality of providers in the system. When that becomes public it will be ethically impossible for the system to make those choices. The people will need to make those choices and they must be empowered to make them, but this will have economic implications for them.

Mr. Donaldson: I wish to make a similar point to that of Mr. Stabile. I do think there are serious equity implications of going in that direction.

The other point I wanted to tackle was the final one on costs. I believe you are correct, the lid has come off with respect to costs in the last year or two, but it must be remembered that was after a number of years where Canada was very flat, and some would argue that, in real terms, compared to the demands being placed on the system, there was actually a reduction in costs in the country. It is partly related to that.

What is happening in the U.K. is simply a political commitment by the new government to raise the level of spending there to the European average, or the OECD average, one or the other.

Senator Morin: It was specifically written in the platform as one-third.

Mr. Donaldson: That is right, but we have no idea what impact that will have on the health of the population. We have no idea what impact the recent spending increases in Canada will have on the health of the population. These things have to be seen within a much broader "determinants of health" model. If we want to have incremental improvements in the health of the population, should incremental improvements not be put into the health care system?

ou tard, nous serons tous d'accord sur le fait que nous ne pourrions pas résoudre ces problèmes autrement qu'en permettant aux gens de payer la différence lorsqu'ils choisissent des options coûteuses.

Le président: Dans le même sens, il y a actuellement un site Web qui donne la liste de tous les chirurgiens cardiaques de l'État de New York avec des dossiers complets sur leurs opérations, et cetera.

Le sénateur Morin: Nous n'avons pas besoin de cela au Canada parce que les meilleurs chirurgiens cardiaques se trouvent ici.

Le président: Il y a bien des années, monsieur Forget, je faisais un discours devant l'association des médecins de la Nouvelle-Écosse, et je pensais que je disais des vérités de La Palice, mais les membres se sont fâchés lorsque je leur ai rappelé que 50 p. 100 des médecins diplômés étaient parmi les derniers de classe — ils ont trouvé cela assez insultant.

M. Stabile: La solution au problème des compromis c'est de soumettre les compromis à des contraintes. Beaucoup de gens choisissent ces options parce qu'ils y sont contraints. Je ne vous contredirai pas, mais il faut reconnaître les conséquences de vos commentaires au niveau de la justice et de l'équité. C'est peut-être vrai, mais c'est chargé de conséquences au niveau de l'équité.

M. Forget: Sur le plan de l'équité, il faut surtout reconnaître que l'on ne peut pas faire ces choix à la place des gens même si l'on sait ce que ces choix impliquent. Nous sommes encore assez ignorants au sujet de ces classements; il est étonnant de constater à quel point nous ne connaissons pas la qualité relative des fournisseurs dans notre système. Une fois que ces données seront publiées, le système n'aura plus de justification éthique pour imposer ces choix. Les gens devront faire ces choix et il faudra qu'ils aient le pouvoir de les faire, mais ils devront en payer le prix.

M. Donaldson: J'aimerais dire que je suis d'accord avec M. Stabile. Je pense que cette orientation aura de graves répercussions sur l'équité.

Deuxièmement, je voulais aborder la question des coûts. Vous avez raison, depuis un an ou deux, les coûts ont augmenté. Néanmoins, il importe de souligner que cela s'est produit après des années de ralentissement économique. Certains disent que par rapport aux pressions exercées sur le système, il y a eu en fait une réduction des coûts. Ça c'est un élément de la question.

Au Royaume-Uni, le nouveau gouvernement s'est engagé à augmenter les dépenses pour atteindre la moyenne européenne ou celle des pays de l'OCDE. Je ne me souviens pas de laquelle.

Le sénateur Morin: Dans leur plate-forme électorale, ils ont parlé du tiers.

M. Donaldson: Vous avez raison, mais nous ne savons pas du tout quelle incidence cela aura sur la santé de la population. Nous ne savons pas encore quelle incidence les augmentations récentes des dépenses au Canada auront sur la santé de la population canadienne. Nous devons considérer cette question dans le contexte plus vaste du modèle des «déterminants de la santé». Si nous voulons améliorer de façon régulière la santé de la

The Chairman: I would not place a huge emphasis on what is in an election platform.

Senator Morin: I agree but it is in a different direction.

Senator Fairbairn: Mr. Forget, you spoke about reaching a point of empowering citizens to make their own choices. You said quality was multi-dimensional, not black and white, and that we in Canada have indeed lost our innocence — and I assume other countries have as well — in facing difficulties like the blood system. You spoke about errors and mistakes.

I want to ask you about an issue that has troubled me. In that area, although I would not put it in terms of errors and mistakes, the technology of medicine has enabled certain institutions and the people who practise within them, often outside this country, to build up an expertise in very rare and complicated medical problems. What happens when a patient in Canada learns that a physician here can perform a particular process that he or she requires — be it a stem cell transplant or something — but to get the best advantage, he or she must go elsewhere to foreign doctors who may not be any better than the Canadian doctor but who have done the procedure more often. Although they admit to making mistakes along the way, those doctors have established a body of expertise that makes their clinics more attractive. If I were the patient I would want to go to the most experienced doctor. Then the patient is faced with the financial issue of who picks up the tab.

What are your thoughts on that? Provinces have the ability to assist with out-of-country treatment, or they can make the judgment that the expertise exists here, whether it is as much as elsewhere, and the patient is told to stay here. That can be a huge blow to an individual who might see an entire private insurance policy disappear in the snap of a finger really. It all comes down to that question of quality.

Do you have a comment on that in terms of our system here in Canada? Are our national borders becoming so blurred that we must have a different perspective on how we support people in their quest for quality elsewhere?

Mr. Forget: Essentially it comes down to this question: Is our health insurance system in Canada insuring individual Canadians or insuring the income of the providers?

I would certainly hope that we prefer to consider that Canadians are insured against illness, as opposed to providers having their incomes insured by government. That is what it boils down to.

A case very similar to this, the Stein case, has been tested in the courts in Quebec. You may be familiar with the case. The Quebec government had a rule whereby any medical procedure available in Quebec could not be insured out of the country. The court deemed that the medical procedure — in this case a cancer

population, ne faudrait-il pas aussi augmenter les dépenses dans le système de soins de santé de façon régulière?

Le président: Je ne ferais pas grand cas du contenu d'une plate-forme électorale.

Le sénateur Morin: Je suis d'accord, mais c'était un changement de politique.

Le sénateur Fairbairn: Monsieur Forget, vous avez parlé de permettre aux citoyens de faire leurs propres choix. Vous avez dit que s'agissant de la qualité, ce n'était pas tout blanc et tout noir mais que la qualité était plutôt multidimensionnelle et que le Canada — ainsi que bien d'autres pays, je suppose — a dû faire face à des problèmes tels que le système d'approvisionnement en sang. Vous avez parlé d'erreurs et de bavures.

J'aimerais vous parler d'une question qui m'inquiète tout particulièrement. Même si je n'irai pas jusqu'à parler d'erreurs et de bavures, la technologie médicale a permis à certains établissements et à leurs employés, qui se trouvent souvent à l'étranger, d'accumuler du savoir-faire en ce qui concerne des problèmes médicaux compliqués et très rares. Que se passe-t-il quand un patient canadien apprend qu'il peut recevoir son traitement — une greffe de cellule souche par exemple — au Canada mais qu'il peut recevoir un meilleur traitement à l'étranger, non pas parce que les médecins étrangers sont meilleurs que leurs homologues canadiens, mais tout simplement parce qu'ils ont fait l'intervention plus souvent. Même si ces médecins reconnaissent qu'ils ont fait des erreurs, ils ont accumulé un savoir-faire qui rend leurs cliniques plus attrayantes. Si j'étais malade, je voudrais me faire soigner par le médecin le plus chevronné. Ensuite, il y a la question de savoir qui paye le traitement.

Qu'est-ce que vous en pensez? Les provinces ont un choix. Elles peuvent lier une partie des coûts de traitement à l'étranger ou elles peuvent estimer que le patient peut se faire traiter au Canada, même si ce traitement canadien coûte aussi cher qu'un traitement à l'étranger. Donc, on dit au malade qu'il doit se faire traiter au Canada. Ça peut représenter un coup très dur pour une personne qui voit que son assurance privée ne sert strictement à rien. Il s'agit là d'une question de qualité.

Quel est votre avis sur cette question dans le contexte du système de soins de santé au Canada? Pensez-vous que nos frontières s'estampent à un point tel que nous sommes obligés de revoir notre attitude envers les gens qui veulent recevoir un traitement de qualité en dehors du Canada?

M. Forget: La question est essentiellement la suivante: est-ce que notre système canadien d'assurance-maladie assure les Canadiens ou le revenu des fournisseurs de services?

J'espère bien sûr que le gouvernement offre une assurance-maladie aux Canadiens plutôt qu'une assurance-revenu aux fournisseurs de services. Essentiellement, la question revient à ça.

Une cause très semblable à ce cas, l'affaire Stein, a été soumise au jugement des tribunaux du Québec. Vous avez sans doute entendu parler de cette affaire. Le gouvernement du Québec avait une règle selon laquelle toute procédure médicale disponible au Québec ne pouvait pas être remboursée à l'extérieur du pays. Le

treatment — was available in Quebec but it was not available in a timely fashion. The individual went to New York State, had the procedure performed, and eventually the Quebec appeal court decided for reimbursement for the procedure obtained in New York State. The judge decided that "available" meant available in a timely manner considering the nature of the illness. Time is of the essence in treating cancer, obviously.

It was compounded by another dimension whereby there was an implantable pump that had to be put in the patient at the time of the operation. That implantable pump was not on the list of approved purchases for Quebec hospitals. That was another supplementary reason.

This case shows that, when tested in the courts — and it is only a Quebec appeal court judgment so we cannot draw inferences too far — the provincial governments, it seems, have lost the ability to prevent out-of-country or out-of-province purchases of services when there are justifiable reasons to go that route.

This is what I referred to as the impact of the European anti-monopoly clause on some health systems which, I understand from conversations I had with people in Holland about that, would seem to prevent citizens of particular European countries from being reimbursed for treatments received in other European countries.

There is a drift here which suggests, indeed, it is the citizens who are ensured and that it is a question of fact whether it is reasonable or not reasonable to go abroad for treatment. I suppose it is not a totally open door.

Senator Fairbairn: The scary thing is how long it might take a patient to go through a court challenge to receive that kind of access. In many cases time is of the essence. This is a difficulty in every province. It certainly is in my province of Alberta. It is a very human and tragic decision to have to make.

Mr. Forget: It is the context in which several provincial governments decided, more or less simultaneously with that court decision, to offer out-of-country treatment for cancer cases.

Senator Fairbairn: Judgments still must be made about whether procedures done here may be done better elsewhere.

Mr. Forget: That is the purely qualitative dimension.

Senator Fairbairn: We have a complicated system in Canada. It is a very politicized system in terms of the angst of the debate about jurisdiction, whenever there is an election or whatever. We definitely have our jurisdictional pressures and stresses in this country.

Mr. Donaldson and Ms Flood, in examining public versus private, talked about the notion of the federal government partnering with a province. Could you give us even a hypothetical example of that? You might even use the recent situation in Alberta. How do you envisage such a partnership taking place on that delicate issue?

tribunal a estimé que la procédure médicale — dans ce cas-ci un traitement pour le cancer — était disponible au Québec, mais pas en temps opportun. L'individu s'est rendu dans l'État de New York, a subi l'intervention, et a finalement interjeté appel auprès de la Cour d'appel du Québec qui a statué que la personne devait être remboursée pour les soins reçus dans l'État de New York. Le juge a déterminé que le terme «disponible» voulait dire disponible en temps opportun compte tenu de la nature de la maladie. Pour ce qui est du cancer, de toute évidence, le temps compte.

La situation était aggravée par le fait qu'il fallait installer une pompe dans le patient au moment de l'intervention. Cette pompe n'était pas sur la liste des achats approuvés pour les hôpitaux du Québec. C'était une autre raison.

Cette affaire démontre que, lorsqu'on soumet les cas au jugement des tribunaux — et il n'y a que cette décision de la Cour d'appel du Québec qui existe pour le moment — les gouvernements provinciaux, semble-t-il, ne peuvent empêcher qu'on achète des services hors de la province ou hors du pays lorsqu'il y a des raisons valables de le faire.

C'est à cela que je faisais allusion quand j'ai mentionné la clause anti-monopole en Europe qui, d'après ce que j'ai compris de mes conversations avec des Hollandais, empêcherait des citoyens d'un pays donné de l'Europe de se faire rembourser pour des traitements reçus dans d'autres pays de l'Europe.

Cela montre donc que ce sont les citoyens qui sont assurés et qu'il s'agit de décider s'il est raisonnable ou non d'aller à l'étranger se faire soigner. J'imagine que la porte n'est pas complètement ouverte.

Le sénateur Fairbairn: Je m'inquiète du temps que cela prend à un patient pour se pourvoir en cour afin d'avoir la permission de recevoir le traitement. Dans bien des cas, le temps est primordial. C'est une difficulté dans chaque province. C'est certainement le cas dans ma province de l'Alberta. C'est une décision tout à fait humaine et tout à fait tragique à prendre.

M. Forget: C'est le contexte dans lequel plusieurs gouvernements provinciaux ont décidé, plus ou moins en même temps que la décision du tribunal, de permettre des soins hors du pays pour les cas de cancer.

Le sénateur Fairbairn: Oui, mais on doit encore décider si l'intervention peut être faite ici ou peut être mieux faite ailleurs.

M. Forget: Il s'agit là uniquement de la dimension qualitative.

Le sénateur Fairbairn: Nous avons un système complexe au Canada. Il s'agit d'un système hautement politisé pour ce qui est de tout le débat entourant la question des compétences, en cas d'élection ou Dieu sait quoi. Nous avons des pressions en matière de compétences dans ce pays.

M. Donaldson et Mme Flood, en faisant l'étude d'un système public par opposition à un système privé, ont mentionné la notion du gouvernement fédéral qui agirait en partenariat avec une province. Pourriez-vous nous en donner un exemple? Vous pourriez même utiliser la situation récente en Alberta. À quel partenariat songez-vous pour cette question assez délicate?

Mr. Donaldson: I had not envisaged anything. This was just a thought that I had in my hotel room last night. I suppose I was also thinking about the jurisdictional issue. In some senses, the federal government cannot legislate for reform. A potential way of doing that might be to encourage partnership on these reforms with perhaps a 50:50 funding arrangement. I did not have any particular reform in mind, beyond what we talked about, be that internal market reform or extending capitation beyond the quite restricted experiments that are currently taking place in various provinces.

Ms Flood may have firmer ideas on that.

Ms Flood: On the constitutional divide, so far the courts have interpreted that the provinces have primary jurisdiction over the management and funding of health care services. That may change. At a certain point the courts may have to revisit whether, under the peace, order and good government power, the federal government does not have a more expanded jurisdiction. The federal government does have some jurisdiction over pharmaceuticals, which are becoming a more and more important component of health care.

Given the current jurisdictional arrangements and the current way that courts have interpreted the divide, people have been proposing that the federal government offer to fund primary care reform in a particular province. As a hypothetical example, the Province of Nova Scotia would agree to undertake primary care reform along the lines of GP fund-holding, in exchange for which the federal government would fund the capitated prescription diagnostic budgets, for example, that groups of family doctors and nurses would have. This would be a wonderful province-wide experiment. If it were successful, it could be a path that other provinces may wish to follow.

That is a very simplified example of the kind of partnership that many people envision.

Senator Cordy: I was interested in the comments of Professor Donaldson and Professor Flood on remuneration of physicians. I attended a health conference in Nova Scotia last week where one doctor suggested that, as a profession, they have done a good job — perhaps too good a job — of convincing people that they must seek a doctor's advice for many things. Professor Flood referred to that as the gatekeeper function in our system.

How do we create the political will to make changes to our system? I was interested in your comment, Professor Tuohy, that rather than going for the big bang in Canada it may be better to work at it in small parts. You talked about forming alliances with key actors in the system. Can you expand on how we could do that? When I say "political will" I am not necessarily referring to government, but to political will within the health system and within the Canadian public for change.

M. Donaldson: Je ne songeais à rien de particulier, c'est simplement une pensée qui m'a traversé l'esprit dans ma chambre d'hôtel hier soir. J'imagine que je pensais aussi à cette question de compétence. À certains égards, le gouvernement fédéral ne peut pas imposer de réforme par voie législative. Une façon de le faire serait peut-être d'encourager un partenariat en proposant un financement moitié-moitié. Je n'ai pas de réforme précise en tête, à part ce dont nous avons parlé, que ce soit une réforme du marché interne ou d'étendre la capitation au-delà des expériences assez restreintes qui se font dans plusieurs provinces.

Mme Flood a peut-être des idées plus arrêtées là-dessus.

Mme Flood: Pour ce qui est du partage des compétences, jusqu'à présent les tribunaux ont donné une interprétation que les provinces ont la compétence principale sur la gestion et le financement des services de soins de santé. Cela pourrait changer. À un moment donné, les tribunaux devront peut-être déterminer si, en vertu de la disposition concernant la paix, l'ordre et le bon gouvernement, le gouvernement fédéral n'a pas une compétence plus large. Le gouvernement fédéral a une certaine compétence sur les produits pharmaceutiques, qui deviennent un élément de plus en plus important des soins de santé.

Étant donné le partage actuel des compétences et la façon dont les tribunaux interprètent à l'heure actuelle la distribution des pouvoirs, certains ont déjà proposé que le gouvernement fédéral offre de financer une réforme des soins primaires dans une province donnée. Prenons comme exemple hypothétique la province de la Nouvelle-Écosse qui accepterait d'entreprendre une réforme des soins primaires en adoptant l'approche du cabinet de groupe de généralistes, et le gouvernement fédéral, en contrepartie, financerait les diagnostics sur ordonnance par une formule de paiement par capitation, par exemple, pour les cabinets de médecins de famille et d'infirmières. Ce serait une expérience merveilleuse à tenter à l'échelle d'une province. Si c'était une réussite, d'autres provinces voudraient peut-être emboîter le pas.

Voilà un exemple très simplifié du genre de partenariat auquel plusieurs songent.

Le sénateur Cordy: J'ai trouvé intéressants les commentaires de M. Donaldson et de Mme Flood sur la rémunération des médecins. J'ai assisté la semaine dernière à une conférence sur la santé en Nouvelle-Écosse; un médecin a exprimé l'avis que sa profession avait très bien réussi — peut-être trop bien réussi — à convaincre les gens qu'ils devaient obtenir l'avis d'un médecin pour de nombreuses choses. Mme Flood a décrit cela comme étant la fonction de gardien dans notre système.

Que faut-il faire pour créer la volonté politique qui se traduira par des changements à notre système? Madame Tuohy, vous m'avez intriguée quand vous avez dit que le Canada devrait peut-être viser plusieurs petites réformes plutôt qu'une réforme globale. Vous avez parlé de la formation d'alliances avec les intervenants clés du système. Pourriez-vous nous en dire un peu plus long sur la façon de faire cela? Quand je parle de volonté politique, ce n'est pas nécessairement de la part du gouvernement, mais plutôt au sein du système de santé et de la population canadienne, une volonté de changement.

Ms Tuohy: The example that I gave and the one that I would emphasize, is primary care reform. I think there is a will on the part of primary care providers — mainly physicians but nurse practitioners as well — to participate and co-operate in primary care reform. Most of the provincial medical associations are on side. In Ontario, at least the College of Family Physicians is on side.

There is a potential for that kind of alliance. It is one that has a lot of leverage on the system, exactly because of the gatekeeper function. We could possibly enact primary care reform on a voluntary basis, as was the experience in Britain and New Zealand. I am agnostic as to whether we really need to make it mandatory. I think that is the appropriate area of focus, given the climate in Canada now both within the health care arena and more generally. I think it will have a lot of purchase on things such as drug prescribing and referrals, both to specialists and long-term care.

Ms Flood: I agree wholeheartedly with that. Professor Blomqvist commented on the concern about capitation restricting choice and how it will be a significant issue for Canadians. It is important to remember that when talking about GP fund-holding we are actually talking about a group, possibly a relatively large group, of physicians and nurses working together on a team. In that way, if you do not like your family doctor, you could have another doctor from the team. The choice is restricted to the team, not necessarily to the particular physician.

The key here is actually folding in the budgets for prescription drugs and diagnostic services. In my opinion, the real problem is not so much doctors referring for their own services over and over again, but more that they do not have an incentive to be much concerned about the costs and benefits of the stuff they prescribe and recommend. That does not mean they are evil; it is just that, historically, they have had no incentive to be sensitive to that. Mr. Stabile can give you statistics on the rate of prescribing in Canada.

It is very important to roll in a larger budget. The question is what range of services it should cover, but that is key to primary care reform.

The Chairman: As Professor Flood must leave us now, I wish to thank her for her contribution today. It has been most helpful.

Senator Cordy: Universality is probably one of the most important things to Canadians. Following on the idea of starting things on a smaller scale, could you see pilot projects taking place within just one province in Canada or even one part of a province? People tend to think that what services are offered in one province must be provided across the country.

Mme Tuohy: L'exemple que j'ai donné et que je voudrais faire ressortir est celui de la réforme des soins primaires. Je crois qu'il existe une volonté de la part des fournisseurs des soins primaires — surtout des médecins mais aussi des infirmières praticiennes — à participer et à collaborer à la réforme des soins primaires. La plupart des associations médicales provinciales sont d'accord aussi. En Ontario, le Collège des médecins de famille, au moins, appuie cette idée.

Il y a du potentiel pour ce genre d'alliance. Ces intervenants influent beaucoup sur le système, précisément en raison de cette fonction de gardien. Il serait peut-être possible de mettre en oeuvre une réforme des soins primaires sur une base volontaire, comme on l'a fait en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande. Je ne suis pas du tout sûre qu'il faudrait rendre cela obligatoire. Je pense qu'il serait pertinent de mettre l'accent là-dessus, étant donné le climat au Canada au sein du système de santé et plus généralement dans la société. À mon avis, il y aura des effets importants pour les ordonnances de médicaments et pour les recours à des spécialistes et aux soins de longue durée.

Mme Flood: Je suis tout à fait d'accord. M. Blomqvist a exprimé la crainte que la formule de paiement par capitation puisse limiter les choix et a dit que cela deviendra une préoccupation majeure pour les Canadiens. Il faut se rappeler qu'en parlant des cabinets de groupe de médecins, il s'agit effectivement d'un groupe, peut-être un groupe qui est relativement grand, de médecins et d'infirmières travaillant en équipe. Selon cette formule, si vous n'aimez pas votre médecin de famille, vous pouvez choisir un autre médecin de l'équipe. Le choix doit se faire parmi les membres de l'équipe, mais on n'est pas limité à un médecin donné.

L'important c'est d'y inclure les budgets pour les médicaments sur ordonnance et les services diagnostiques. À mon avis, le problème n'est pas tellement que les médecins demandent des paiements multiples pour leurs propres services, mais plutôt que rien ne les incite à être prudents concernant les coûts et les avantages des traitements qu'ils recommandent ou des médicaments pour lesquels ils donnent des ordonnances. Cela ne veut pas dire que les médecins sont méchants; ils n'ont tout simplement pas eu de raison dans le passé d'être sensibles à cela. M. Stabile peut vous donner des statistiques concernant le taux élevé de prescriptions de médicaments au Canada.

Il est très important d'accorder des budgets plus globaux. Il faudrait déterminer quels services seraient couverts, mais cela est essentiel pour la réforme des soins primaires.

Le président: Comme Mme Flood doit nous quitter, j'aimerais la remercier de sa participation aujourd'hui. Cela a été fort utile.

Le sénateur Cordy: L'universalité est sans doute l'un des aspects les plus importants pour les Canadiens. Si l'on poursuit l'idée de procéder d'abord à plus petite échelle, pensez-vous qu'il pourrait y avoir des projets pilotes dans une seule province au Canada, ou même dans une partie d'une province? Les gens semblent croire que les services qui sont offerts dans une province doivent l'être à l'échelle du pays.

Ms Tuohy: I think that would be viable as long as the pilot projects are large enough to cover major regions within provinces or even an entire province. I believe that is consistent with the Canada Health Act. We ought not to think that the provision for access on uniform terms and conditions is a barrier to this kind of experimentation.

If Ms Flood were still here, she would confirm that really refers to the absence of financial barriers. As long as we are not pricing differentially within the public sector and we are not erecting financial barriers to care, I think the kinds of primary care experiments to which you refer can go on within the context of the Canada Health Act.

Mr. Donaldson: I have a brief comment that relates to the last point that was made. If we are to implement reform, of course, there is an element of volunteerism in this in terms of the people who take on the new reform. However, I think it has to be cast on a more widespread basis. There has to be an element of persuading doubters into it. The evidence that exists so far on capitation involves small, isolated studies of volunteers. What do they show? They show no impact. That is because volunteers who go into capitation studies are already people who are quite trendy in terms of their attitude to how they deliver care. Their volume of referrals to hospital is low. They are probably low users of drugs. You could argue that these volunteer experiments have actually been damaging to the cause of health care reform.

Senator Keon: I am sorry our international circuit is closed. I wanted to ask the panel something. I have thought for a long time that our major problem in health reform in Canada is the absence of a good health information system. When you search around the world, you cannot find one. It is very interesting that, perhaps, the British are coming closer than anyone to being able to address this. Technologically, it is quite possible — and it is happening by serendipity on the Internet. The only problem is that all the information that is coming out is very inaccurate.

The Chairman: We are developing an information system with false or, at least, inaccurate information.

Senator Keon: In your opinion, why have we not done this? Is it too politically hot? Are we afraid to present our customers with what we have and what we do not have? In our own country, is the reason federal-provincial wrangling, and internationally, is it international wrangling? It is not a question of what is possible or impossible, it is just not happening. I do not think that funding is a major problem. I do not think it would be that expensive.

I would like all of you to address this. If we are going to have the kind of outcomes that Mr. Forget referred to, then we have to have this.

Mme Tuohy: Je crois que cela serait faisable pourvu que les projets pilotes soient assez vastes pour couvrir de grandes régions à l'intérieur des provinces, ou même toute une province. Je crois qu'un tel projet serait conforme à la Loi canadienne sur la santé. Il ne faut pas croire que la disposition d'accès à des conditions uniformes constitue un obstacle à ce genre de projet.

Si Mme Flood était toujours là, elle nous dirait que cela porte vraiment sur l'absence d'obstacles financiers. Je crois que ce genre d'expérience en soins de santé primaire dont vous parlez peut se faire dans le cadre de la Loi canadienne sur la santé, pourvu que nous n'établissions pas de prix différents à l'intérieur du secteur public et que nous n'érigions pas d'obstacles financiers à ces soins de santé.

M. Donaldson: J'ai un commentaire rapide qui porte sur ce qu'on vient de dire. Pour mettre en oeuvre une réforme, il faut évidemment que les gens qui y participent se portent volontaires. Mais je crois qu'il faut avoir une plus grande participation. Nous devons convaincre ceux qui n'y croient pas d'y participer. Ce que nous savons déjà sur la capitation, est basé sur des petits groupes de volontaires isolés. Qu'est-ce que ces études démontrent? Que la capitation n'a pas de répercussion. C'est parce que les gens qui se portent volontaires pour ces études sur la capitation ont déjà une attitude branchée pour leur prestation des soins de santé. Ils ne font pas beaucoup de renvois à des hôpitaux. Ils ne se servent pas de beaucoup de médicaments, sans doute. On pourrait soutenir que ces expériences avec des volontaires ont, en fait, nui à la réforme des soins de santé.

Le sénateur Keon: C'est dommage que le circuit international soit fermé. Je voulais poser une question. Depuis longtemps, je suis d'avis que le principal problème en matière de réforme des soins de santé au Canada tient à l'absence d'un bon système d'information en matière de santé. On peut parcourir le monde entier à la recherche d'un tel système, mais il n'y en a pas. Ce qui est intéressant, c'est que ce sont peut-être les Britanniques qui sont les plus près de régler ce problème. Du point de vue de la technologie, c'est faisable — et ça se produit un peu par hasard sur Internet. Le seul problème c'est que les renseignements qui s'y trouvent sont erronés.

Le président: Nous sommes en train d'élaborer un système avec des renseignements erronés, ou du moins, des renseignements qui ne sont pas justes.

Le sénateur Keon: Selon vous, pourquoi ne l'avons-nous pas fait? Est-ce trop délicat sur le plan politique? Avons-nous peur de présenter à nos clients ce que nous savons et ce que nous ne savons pas? Est-ce, au Canada, un problème de querelle fédérale-provinciale, et sur la scène internationale, est-ce un problème de querelle internationale? Ce n'est pas une question de possibilité ou d'impossibilité; c'est tout simplement que personne n'y travaille. À mon avis, ce n'est pas un problème de financement. Je ne crois pas que cela nous coûterait très cher.

J'aimerais entendre les commentaires de tout le monde. Si nous voulons avoir le genre de résultats dont a parlé M. Forget, il nous faudra un tel système.

Mr. Blomqvist: If I were to consider under what circumstances the information seems to have been most effectively used to provide cost effective care, I would go to managed care plans in the United States. They have a direct financial incentive in disseminating information among their clients as to what is not necessary and what does not meet cost-effectiveness criteria.

On a national scale, the British, as you suggest, have come closer to that. You can, if you like, think of the NHS as one giant monopoly-managed care plan. In a sense, the incentives are similar.

In systems in which there is fee for service and hospitals funded by global budgets or something like that, individual actors do not have the incentive to do that.

The Chairman: What is your guess as to why provincial governments have not got into this as, presumably, they would stand to benefit considerably from a more efficient information system?

Mr. Forget: I do not know. It is a mystery to me why it has not come about, in part, but only in part. Whenever governments mention an information system for health, the spectre of confidentiality is raised. I believe that is sometimes sufficient to scare away governments from an enterprise, the benefits of which will only materialize several years down the road. Politically, it is short-term pain for long-term gain, which is obviously not a very promising situation.

Also, I think that the provincial governments are awed by the nature of the problem. To have a good information system, you must have a good conceptual model of what you are trying to achieve and what kind of information is needed by whom to make what kind of decisions. This is where the spectre of an unmentioned issue emerges: Will we run the system for the benefit of the payers and as a cost-control mechanism over and above everything else, or will we have an information system that will help make good choices from the point of view of the users? These are two different philosophies. The debate has not even started on that.

Thus, you find that information technology is used in a piecemeal fashion. Almost every piece of medical equipment now produces digital output of one kind, but you cannot connect it with anything else. Basically, it stands on its own feet. No one has developed the software needed on a world-scale basis because every hospital, every province and every region has its own system. The hurdles to overcome in designing a common architecture and a common classification system are enormous.

From what I understand of our neighbours to the south, there is a lot of stir there. I have heard Americans from the Institute of Medicine say that we require something like the Manhattan Project. They certainly contemplate devoting on the order of half a billion dollars to building this because the resources required

M. Blomqvist: Si je devais voir dans quelles circonstances l'information semble avoir été utilisée de la façon la plus efficace pour fournir des soins rentables, je citerais l'exemple des régimes de soins gérés aux États-Unis. Ils ont une incitation financière directe pour diffuser l'information auprès de leurs clients sur ce qui n'est pas nécessaire et sur ce qui ne répond pas aux critères de rentabilité.

À l'échelle nationale, comme vous l'avez mentionné, les Britanniques en sont arrivés très près. On peut, si vous voulez, imaginer que le NHS est un énorme régime de soins gérés qui a le monopole. Essentiellement, les incitatifs sont semblables.

Dans des systèmes où il y a paiement à l'acte et où les hôpitaux sont financés par des budgets globaux ou des choses de ce genre, il n'y a pas de mesure incitative pour encourager les acteurs individuels d'agir ainsi.

Le président: Selon vous, pourquoi les gouvernements provinciaux ne s'y sont-ils pas intéressés, étant donné qu'ils profiteraient énormément d'un système d'information plus efficace?

M. Forget: Je ne sais pas. Je n'arrive pas à comprendre pourquoi on n'y arrive pas; on y arrive seulement en partie. Lorsque les gouvernements parlent d'un système d'information pour la santé, on soulève le spectre de la confidentialité. À mon avis, c'est parfois suffisant pour empêcher les gouvernements de se lancer dans une telle entreprise dont les avantages ne se matérialiseront que des années plus tard. Du point de vue politique, c'est peiner à court terme pour obtenir un gain à long terme, ce qui n'est évidemment pas très prometteur.

Je crois également que les gouvernements provinciaux sont intimidés par la nature du problème. Pour avoir un bon système d'information, il faut avoir un bon modèle conceptuel de ce qu'on essaye d'obtenir et du genre d'information nécessaire pour prendre certains types de décisions. C'est à ce moment-là qu'il faut déterminer si on veut un système conçu dans l'intérêt de ceux qui payent et comme mécanisme de contrôle des coûts d'abord et avant tout, ou si l'on veut un système d'information qui aidera à prendre de bonnes décisions du point de vue des utilisateurs. Il s'agit de deux conceptions différentes. Nous n'avons pas encore entamé le débat sur cette question.

Conséquemment, on voit que la technologie de l'information est utilisée de façon décousue. Presque chaque appareil d'équipement médical produit maintenant une sortie numérique d'une sorte, mais il est impossible de la relier à quelque chose d'autre. Essentiellement, l'appareil fonctionne indépendamment. Personne n'a conçu les logiciels nécessaires à l'échelle mondiale parce que chaque hôpital, chaque province et chaque région a son propre système. Il y a d'énormes obstacles à contourner dans la conception d'une architecture commune et d'un système de classification commune.

D'après ce que j'entends dire des États-Unis, il y a beaucoup d'activités là. J'ai entendu dire des Américains du Institute of Medicine dire qu'il nous faudrait un projet semblable au Manhattan Project. Ils envisagent de dépenser près d'un demi-milliard de dollars pour ce projet car les ressources

would be enormous indeed. So many people must come together and agree.

Consider the Digital Register Graphic, DRG, for example. It is a widely used classification system for medical procedure, but it is plagued with all kinds of difficulties. All these issues have to be resolved, in some sense, at a macro level, at least before you can have off-the-shelf software that a hospital could use to do many kinds of analyses and support-management tasks, just as you would in the private sector. We have Enterprise Resource Planning, ERP, systems and so on. We do not have the equivalent in the medical sector because the infrastructure and the architecture have not been developed.

Senator Robertson: Add to this, too, the danger to provinces in having incorrect information or something that does not stand up. A great deal of money is required to do it right.

Mr. Forget: This is where a national initiative could bear fruit — but a national initiative in the context of an international effort. There is an national undertaking currently getting underway to do something like that. If it is just for Canada, my fear is that it will not yield the benefits that it would if it were of an international nature.

Senator Robertson: The empowering of citizens is very important. I would like to know if any of the witnesses are aware of a program or a pilot project that has attached to it a specific educational program so that citizens can be empowered.

Without knowledge, it is difficult to empower citizens. In some of the regions of the country, people are more concerned about the loss of jobs than they are about the loss of medical people. Have you had any experience with that? In order to empower citizens, they have to be reasonably knowledgeable. Have you had any experience with that?

Ms Tuohy: I could say a word about the attempts in the Netherlands and New Zealand to hold various town-hall type fora to discuss what ought to be in the basic coverage package. It did not have that much effect on the basic coverage package, but arguably it did have an educational impact on the citizens who participated as to the efficacy of various forms of treatment. This is a well that may not prove to be one that is worth dipping into.

Mr. Blomqvist: The Oregon Plan is another example. At the more micro level, work has been done in the departmental health administration at the University of Toronto, which is creating systematic information for patients in the context of certain types of operations. Is it not prostate cancer where they have been working on providing videos to help people make decisions?

Ms Tuohy: That is at a more micro level, yes.

Senator Robertson: There seems to be general agreement, and I do not disagree, that we must do something significant with primary care and pharmacare.

nécessaires seront énormes. Donc, il va falloir que beaucoup de gens se mettent ensemble et se mettent d'accord.

Prenons le cas du Digital Register Graphic, DRG. C'est un système de classification pour les actes médicaux qui est largement utilisé, mais il éprouve toutes sortes de problèmes. Il faudra résoudre toutes ces questions, d'une certaine façon, à un niveau plus élevé, avant de pouvoir disposer d'un logiciel de série qu'un hôpital pourrait utiliser afin d'effectuer toutes sortes d'analyses et pour appuyer les tâches de gestion, tout comme dans le secteur privé. Il y a des systèmes de Planification des ressources de l'organisation, PRO, et ainsi de suite. Mais nous n'avons pas d'équivalent dans le secteur médical parce que nous n'avons pas encore mis au point l'infrastructure et l'architecture.

Le sénateur Robertson: Et il faut également considérer les dangers pour les provinces si le système n'a pas l'information correcte ou s'il y a quelque chose qui n'est pas juste. Il faudra énormément d'argent pour s'assurer que c'est bien fait.

M. Forget: Voilà pourquoi une initiative nationale pourrait porter fruit — mais une initiative nationale dans le cadre d'un effort international. À l'heure actuelle il y a une entreprise nationale pour essayer d'établir une telle initiative. Mais je crains que si elle se limite au Canada, l'initiative ne rapportera pas les mêmes avantages que si elle était faite à l'échelle internationale.

Le sénateur Robertson: Il est très important de donner aux Canadiens et aux Canadiennes des moyens d'agir. J'aimerais savoir si parmi les témoins il y en a qui connaissent un programme ou un projet pilote qui comporte un programme éducatif particulier pour donner ces moyens aux Canadiens et aux Canadiennes.

Sans connaissance, il est difficile de donner aux gens des moyens d'agir. Dans certaines régions du pays, les pertes d'emploi préoccupent davantage les gens que les pertes de personnel médical. En avez-vous fait l'expérience? Si l'on veut donner des pouvoirs aux gens, il faut qu'ils soient bien informés. En avez-vous fait l'expérience?

Mme Tuohy: Je pourrais vous dire un mot au sujet des diverses consultations communautaires tenues aux Pays-Bas et en Nouvelle-Zélande pour discuter du contenu de l'assurance de base. La couverture de base est demeurée plus ou moins la même, cependant, ces réunions ont servi à renseigner les citoyens qui y ont participé sur l'efficacité de diverses formes de traitement. C'est peut-être un chemin sur lequel il vaudrait mieux ne pas s'aventurer.

M. Blomqvist: Le plan de l'Oregon est un autre exemple. Au niveau plus restreint de l'administration de la santé à l'Université de Toronto, on a travaillé pour créer une information systématique à l'intention des patients dans le contexte de certains types d'interventions. N'a-t-on pas préparé des vidéos sur le cancer de la prostate à l'intention des patients qui doivent prendre des décisions?

Mme Tuohy: Effectivement, c'est à un niveau plus restreint.

Le sénateur Robertson: Tous semblent être d'avis, et je ne suis pas contre qu'il faut apporter des modifications importantes au régime de soins primaires et à l'assurance-médicaments.

I am interested in the general feeling that I get from you that it would be fine to have co-pay with primary care and pharmacare, but not with the rest of the system. Am I interpreting you incorrectly?

Ms Tuohy: That would be interpreting me wrong. I would certainly imagine co-payments with pharmacare. As has been pointed out, virtually every system of pharmacare does involve some degree of income scaled co-payments, but not for primary care.

Mr. Blomqvist: I agree.

Mr. Forget: The only mention I made of something like that is in recounting the experience in Sweden of differential co-payments to channel more of the demand for primary care away from out-patient clinics and hospitals and into primary care facilities. This is a problem. Our emergency facilities, which also serve for ambulatory care of all kinds, are a problem that is quite familiar. Education or exhortation does not seem to do the job.

A little economic incentive to shift people into other facilities might help a great deal — not as a way to finance the system, but as a signal to people. They might think longer before going to an outpatient facility or an emergency facility. For lack of another approach, we are more or less driven to think of solutions of this nature.

Senator Graham: Is there any way in which we can get an accurate handle on the relative costs of administration with respect to the various health care systems in the countries that we have been reviewing?

We have talked of Canada costing 2 per cent to 3 per cent, Germany was 5.6 per cent and the United States was much higher than all of the above. It depends upon the kinds of services that are provided and that sort of thing. Could you comment? Is there any way of obtaining an accurate handle so that we know where we stand in our own country, relatively speaking, with respect to the costs of administration?

Mr. Forget: I would assume it is not a terribly difficult thing to compute, at least based on the sample of hospital budgets, provincial government budgets and so on. You can put together an estimate, if not a total count.

There again, from previous discussions of this issue, when you consider hospital budgets, if you examine the administrative budget, you have one figure and then people will say: "Well, what about the head nurse in each department, is that administration or not?" If you take a view of that nature, then it becomes a very complex problem, indeed. Is the chief of the department spending part of his time on administration and should that be counted? It becomes almost impossible to answer the question if you get too sophisticated.

Certainly administrative budgets are known in hospitals. Since the budget cuts of the last half of the 1990s, what has happened is that this is the part of hospital budget that has been cut most dramatically. In the hospital that I know, the McGill University

J'ai l'impression que vous nous dites qu'il serait tout à fait acceptable d'avoir une participation au coût des soins primaires et de l'assurance-médicaments, mais que cela ne devrait pas s'appliquer aux autres éléments du système. Ai-je bien interprété vos propos?

Mme Tuohy: Vous m'avez mal interprétée. Je peux facilement entrevoir la coparticipation à l'assurance-médicaments. Comme on a expliqué, presque tout système d'assurance-médicaments implique un niveau de participation au coût fondé sur le revenu, mais ce n'est pas le cas pour les soins primaires.

M. Blomqvist: Je suis d'accord.

M. Forget: J'en ai fait mention seulement dans le cas de la Suède où une participation aux coûts supplémentaires sert à acheminer la demande de soins primaires vers les installations conçues à cette fin plutôt que vers les cliniques externes et les hôpitaux. C'est un problème. Nos services d'urgence, qui servent aussi aux soins ambulatoires, représentent un problème qui est très bien connu. Ni l'éducation ni l'exhortation ne semblent réussir.

Une petite incitation financière pour diriger les patients vers les autres installations serait peut-être une bonne solution — non pas pour financer le système, mais pour communiquer un message. Les gens auraient peut-être tendance à y regarder à deux fois avant de se présenter à une clinique externe ou à une salle d'urgence. Faute d'une autre option, nous sommes plus ou moins obligés de songer à des solutions de ce genre.

Le sénateur Graham: Savez-vous s'il existe un moyen de déterminer les coûts exacts de l'administration des divers systèmes de soins de santé dans les pays que nous examinons?

Nous avons dit qu'au Canada cela coûtait 2 à 3 p. 100, en Allemagne, 5,6 p. 100 et aux États-Unis les coûts étaient encore plus élevés. Les montants varient selon le type de services qui est offert, ainsi de suite. Pourriez-vous nous faire un commentaire? Est-il possible d'obtenir des données exactes qui nous permettraient de faire des comparaisons entre notre pays et les autres sur le plan des coûts administratifs?

M. Forget: Il me semble que c'est un calcul qui serait facile à faire, en se fondant sur un échantillon des budgets des hôpitaux, des budgets provinciaux, et cetera. Il serait possible d'arriver à une estimation, sinon un montant total.

Encore une fois, si l'on se reporte aux discussions préalables sur la question, quand on parle de budgets pour les hôpitaux, si on examine le budget administratif, on peut citer un montant et se faire dire: «Est-ce que l'infirmière chef dans chaque département représente un coût administratif ou non?» Si on adopte cette optique, le problème devient très complexe. Est-ce que le chef du département consacre une partie de son temps à des tâches administratives, et devrait-on en tenir compte? Au fur et à mesure que l'on entre dans ces détails, il devient presque impossible de répondre à la question.

Bien entendu, les budgets administratifs dans les hôpitaux ne sont pas secrets. Les compressions budgétaires de la deuxième moitié des années 90 ont eu pour effet de réduire radicalement cette partie du budget des hôpitaux. Pour l'hôpital que je connais,

Health Centre, there was a reduction in real terms of 40 per cent cumulatively in the administrative budget to the point that, it is my feeling as a board member, we are undermanaged. We are not in a position to effectively manage such complex organizations with the kind of personnel that we have.

I do not have the figure before me, but whatever it is, it has now reached a level where it is basically too small. Bear in mind that a hospital produces thousands of different kinds of services. It is the most complex organization in the world, bar none. To deliver services in a satisfactory manner, it must be actively managed by skilled professionals. I do not think that we are at that stage at the present time. There is a problem of quality, but there is also a problem of quantity.

Senator Graham: A couple of months ago we heard a witness who said that it is not a question of throwing more money at the system, or millions of dollars more, it is a question of becoming more efficient in the delivery. I wonder if any of you would like to comment on that?

Ms Tuohy: That is not just an issue of administrative overhead, though. The issue of efficiency of delivery has to do with the whole production function.

Senator Graham: I understand that and that is getting into another area.

However, would you agree with the position that was put forward by the witness that it is not a question of throwing more money at the process, it is a matter of efficiencies in delivering the system?

Mr. Forget: There is an American study on this matter based on an overview of the literature. This is a review of dozens of studies and it tries to answer the question: How good is the quality of health care in the United States?

From such studies, the conclusions that arise are: With regard to primary care, only half the care that should be given is given; with regard to chronic and acute care, only about 60 per cent of the needed care is given. These are American figures — with their high level spending. I do not know what the comparable figures would be in Canada. Of the care actually given, 30 per cent is inappropriate. That gives you an idea of how much of a gap we have in terms of effectiveness, or efficiency or whatever it is. Certainly it does not mean that if we were better, we would spend less.

Many people go without the care they apparently should have, from objective studies. Some of the care they get, they should not get, or they should get something else. That does not mean that the whole amount would be saved.

That does not suggest that there is a significant amount of saving to be had by better management of the system. That would be more appropriate and more effective, but it might end up costing more.

le Centre universitaire de santé McGill, la réduction cumulative en termes réels a été de 40 p. 100 du budget administratif et en tant que membre du conseil d'administration, je dirais que nous sommes sous-gérés. Il nous est impossible de bien gérer des organisations aussi complexes avec le personnel que nous avons à notre disposition.

Je n'ai pas le chiffre sous les yeux, mais je sais qu'il a maintenant atteint un niveau qui est trop faible. Il ne faut pas oublier qu'un hôpital offre des milliers de types de services. Sans exception, il s'agit de l'organisation la plus complexe au monde. Il faut une gestion active de la part de professionnels compétents afin de pouvoir fournir des services satisfaisants. Ce n'est pas ce que nous faisons à l'heure actuelle. Il y a un problème de qualité, assorti d'un problème de quantité.

Le sénateur Graham: Il y a quelques mois, un témoin nous a dit qu'il ne s'agissait pas d'augmenter les budgets, d'injecter d'autres millions de dollars dans le système, mais qu'il fallait plutôt devenir plus efficace dans la prestation de services. Qu'en pensez-vous?

Mme Tuohy: Ce n'est pas simplement une question de frais généraux. Toute la fonction de production entre en ligne de compte lorsqu'il s'agit d'assurer une prestation efficace.

Le sénateur Graham: Je comprends, et cela relève d'un autre domaine.

Cependant, n'est-il pas vrai que le témoin a exprimé une position selon laquelle il ne fallait pas tout simplement augmenter les budgets mais qu'il fallait aussi tenter d'améliorer l'efficacité du système?

M. Forget: Il y a une étude américaine à ce sujet où il s'agit d'un examen de plusieurs études qui tentent de répondre à la question suivante: quel est le niveau de qualité des soins de santé aux États-Unis?

Suite à ces études, les conclusions sont les suivantes: pour ce qui est des soins primaires, on ne prodigue que la moitié des soins qui devraient être offerts; pour ce qui est des soins chroniques et actifs, seulement 60 p. 100 des soins nécessaires sont prodigués. Ce sont des statistiques américaines — avec leur énorme budget. Je ne sais pas quels seraient les chiffres comparables pour le Canada. Des soins qui sont prodigués, 30 p. 100 sont mal choisis. Ça vous donne une idée de l'ampleur de nos carences pour ce qui est de l'efficacité ou de l'efficience, peu importe le terme que l'on choisit. Cela ne veut certainement pas dire que si nous étions plus efficaces, nous dépenserions moins.

Selon des études objectives, bon nombre de personnes se passent des soins qu'il leur faudrait. Pour ce qui est des soins qu'elles reçoivent, ce n'est pas ce qu'il leur faudrait, ou bien il leur faudrait autre chose. Cela ne signifie pas que nous pourrions économiser le montant global.

On ne peut pas dire qu'il serait possible d'économiser un montant important avec une meilleure gestion du système. Elle pourrait être plus appropriée ou plus efficace, mais pourrait aussi coûter plus cher.

The Chairman: Every time we talk about the delivery of services in this committee, we end up in the situation that the delivery of service is a provincial responsibility and so either as much as we would like to influence it, we cannot, or we can influence it, but we cannot do it. That is not true with respect to the Aboriginal population. The fact is that the number of people for whom the federal government is directly responsible for delivering services exceeds the population of five of the provinces. The reality is that we are the sixth largest provider of services in the country.

In a broad sense, thinking of Ms Tuohy's comment, should the federal government contemplate using the sizeable group of people to whom we deliver services as a significant pilot project, or because of a combination of income and a variety of other things, such as educational levels, would it not be a good representative sample, which is to say that you could not draw any conclusions from doing something with the Aboriginal population and could not draw any conclusions about the same systemic changes elsewhere? That is the first question.

Second, can we learn anything nationally from the Quebec pharmacare program?

Ms Tuohy: I will point you toward Australia and New Zealand with regard to the Aboriginal issue. You may have already examined this, but the most innovative things Australia and New Zealand are doing is in regard to their Aboriginal populations in terms of integrated health care delivery.

The Chairman: I should tell you that in a videoconference with Australian witnesses, they actually thought that Australia and New Zealand were 20 years behind Canada in terms of where they stand with respect to their Aborigines.

Ms Tuohy: That is on the health outcomes, yes.

The Chairman: We have referred to the Aboriginal issue here as a Third World issue. If there is such a thing as a fifth or sixth world, that is where that is.

Senator Morin: We are spending half of the money. Apparently they are way behind us. That was exactly the question we asked.

Ms Tuohy: Perhaps if you talk to different people you get different answers. Certainly, I have been told by colleagues in Australia — and more so in New Zealand — that the experiments with delivering integrated care to Aboriginal populations are the most innovative things they are doing in terms of health system design.

Pharmacare in Quebec really bears consideration. If we can think of some melding of public and private insurance, that is the interesting model to look at.

Mr. Blomqvist: With respect to the question of funding for health care for Aboriginal populations, it is my understanding that physician and hospital services are still covered by the provinces at the present time.

The Chairman: They are not if you are on a reservation.

Le président: Chaque fois que nous parlons de la prestation de services à notre comité, nous nous rendons compte qu'il s'agit d'un domaine de compétence provinciale et que même si nous aimerions avoir une influence, nous ne le pouvons pas, ou bien qu'il existe certaines possibilités, mais nous ne pouvons pas le faire. Ce n'est pas le cas pour la population aborigène. Le nombre de personnes dont le gouvernement fédéral est responsable pour la prestation de services dépasse la population de cinq provinces. Le Canada est effectivement au 6^e rang comme dispensateur de soins de santé.

Dans un sens plus large, pour revenir au commentaire de Mme Tuohy, le gouvernement fédéral devrait-il songer à utiliser un nombre assez considérable de personnes pour participer à un projet pilote important? Étant donné tous les facteurs, tels le niveau de revenu et le niveau d'instruction, je doute qu'il nous serait possible d'avoir des échantillons représentatifs, c'est-à-dire, je ne crois pas qu'il soit possible de tirer des conclusions suite à un projet impliquant la population aborigène; serait-il possible de tirer des conclusions au sujet des changements systémiques ailleurs? C'est ma première question.

Deuxièmement, pouvons-nous tirer des leçons du programme québécois d'assurance-médicaments?

Mme Tuohy: Pour ce qui est des peuples aborigènes, je vous citerai l'exemple de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Vous avez peut-être déjà étudié la question, je vous dirai que les éléments les plus innovateurs dans les programmes destinés aux populations aborigènes en Australie et en Nouvelle-Zélande sont au niveau de la prestation intégrée des soins de santé.

Le président: Je dois vous signaler que dans la vidéoconférence, les témoins australiens nous ont dit qu'ils croyaient que l'Australie et la Nouvelle-Zélande accusaient un retard de 20 ans par rapport au Canada pour ce qui est de leurs populations aborigènes.

Mme Tuohy: Cela s'applique aux résultats pour la santé.

Le président: Nous avons qualifié la question des peuples aborigènes de propre au tiers monde. S'il y avait un cinquième ou un sixième monde, c'est là où le problème se situerait.

Le sénateur Morin: Nous ne dépensons que la moitié de ce qu'ils dépensent. Et il semblerait qu'ils sont en retard. C'est la question que nous avons posée.

Mme Tuohy: La réponse sera peut-être différente selon la personne à qui on la pose. Des collègues en Australie m'ont dit — et c'est encore plus vrai pour la Nouvelle-Zélande — que les expériences en matière de prestation de soins intégrés aux populations aborigènes représentent les aspects les plus innovateurs de leur système de soins de santé.

Il faudrait retenir l'exemple de l'assurance-médicaments au Québec, modèle dont nous pourrions nous inspirer si jamais nous songeons à fusionner les régimes d'assurance public et privé.

M. Blomqvist: Pour ce qui est du financement des soins de santé destinés aux populations aborigènes, je crois comprendre que les services hospitaliers et les services de médecin sont toujours couverts par les provinces en ce moment.

Le président: Ils ne sont pas couverts si on habite une réserve.

Mr. Blomqvist: They are not covered on the reserve — but I am not sure with respect to how many hospitals and physicians. With respect to the pharmacare plan, I personally think that there is much to be learned because it is the one example of an opting-out insurance plan that does exist in Canada at the present time.

I also gather that there have been studies that have negative conclusions with respect to utilizing user fees as a cost control measure, which raises the question of whether there is some prospect of experimentation with other methods, like formulae or drug budgets for physicians rather than user fees.

Mr. Forget: On these two issues, I am speechless. As a Canadian my only thought with regard to Aboriginal health is basically shame. I have no other thought.

With regard to pharmacare, I would like to know what lessons can be learned from that program. For me, as a user, it is somewhat of a paradox that I no longer have to pay anything to get prescription drugs. I never considered that a problem. It is a problem for some people. I do not know whether they are better off now than before. I would like to learn from an objective study, but I do not know the answer.

The Chairman: I thank the witnesses for coming. We appreciate you taking the time to be with us.

There is one last session tomorrow at noon before we break for the summer.

The committee adjourned.

M. Blomqvist: Ils ne sont pas couverts sur la réserve — mais je ne sais pas dans quelle mesure cela s'applique aux hôpitaux et aux médecins. Dans le cas du régime d'assurance-médicaments, je crois personnellement qu'il nous reste beaucoup à apprendre puisque c'est le seul exemple d'un régime d'assurance facultative qui n'existe pas au Canada à l'heure actuelle.

Si j'ai bien compris, il existe aussi des études dont les conclusions sont négatives quant à l'utilisation du ticket modérateur pour contrôler les coûts, ce qui porte à se demander s'il ne serait pas possible de tenter d'autres méthodes, telles des formules ou des budgets médicaments pour les médecins plutôt que le ticket modérateur.

M. Forget: Je suis ébahi en ce qui concerne ces deux questions. En tant que Canadien, ma seule réaction face à la santé des peuples autochtones est un sentiment de honte. C'est tout ce qui me vient à l'esprit.

En ce qui a trait à l'assurance-médicaments, j'aimerais savoir si nous pouvons tirer des leçons de ce programme. Pour moi, en tant qu'utilisateur, il est paradoxal de constater que je ne dois plus rien déboursier pour obtenir des médicaments d'ordonnance. Ça n'a jamais été un problème pour moi. C'est un problème pour certains. Je ne sais si leur situation s'est améliorée. Je crois qu'une étude objective pourrait nous apprendre certaines choses, mais je ne connais pas la réponse.

Le président: Je remercie les témoins. Votre participation est grandement appréciée.

Nous aurons une dernière séance demain à midi avant de nous quitter pour l'été.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

From Health Canada:

Ake Blomqvist, Visiting Academic, Applied Research and
Analysis Directorate, Information, Analysis and
Connectivity Branch and Professor, University of Western
Ontario.

From the University of Calgary:

Professor Cam Donaldson, Department of Economics.

From the University of Toronto (by video conference):

Professor Colleen Flood, Faculty of Law.

As an individual:

Claude Forget.

From the University of Toronto:

Professor Mark Stabile, Department of Economics;

Professor Carolyn Tuohy, Department of Political Science.

De Santé Canada:

Ake Blomqvist, professeur invité, Direction de la recherche
appliquée et d'analyse, Direction générale de l'information,
de l'analyse et de la connectivité et Professeur, Université
Western Ontario.

De l'Université de Calgary:

M. Cam Donaldson, professeur département d'économie.

De l'Université de Toronto (par vidéoconférence):

Mme Colleen Flood, professeure, faculté de droit.

À titre personnel:

Claude Forget.

De l'Université de Toronto:

M. Mark Stabile, professeur, département d'économie;

Mme Carolyn Tuohy, professeure, département de science
politique.



First Session
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité
sénatorial permanent des*

Social Affairs, Science and Technology

Affaires sociales, des sciences et de la technologie

Chair:
The Honourable MICHAEL KIRBY

Président:
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, June 14, 2001

Le jeudi 14 juin 2001

Issue No. 23

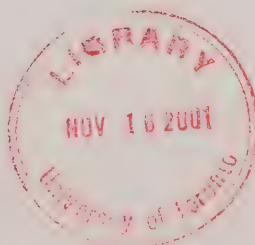
Fascicule n° 23

Twenty-second meeting on:
The state of the health care system in Canada

Vingt-deuxième réunion concernant:
L'état du système de santé au Canada

WITNESSES:
(See back cover)

TÉMOINS:
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Graham, P.C.
* Carstairs, P.C.	* Lynch-Staunton
(or Robichaud, P.C.)	(or Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, P.C.	

* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

Changes in membership of the committee

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Morin substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*June 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Pépin substituted for that of the Honourable Senator Finestone, P.C. (*June 14, 2001*).

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Morin (*June 14, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET
DE LA TECHNOLOGIE

Président: L'honorable Michael Kirby

Vice-présidente: L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Graham, c.p.
* Carstairs, c.p.	* Lynch-Staunton
(ou Robichaud, c.p.)	(ou Kinsella)
Cohen	Morin
Cook	Robertson
Cordy	Roche
Fairbairn, c.p.	

* *Membres d'office*

(Quorum 4)

Modifications de la composition du comité:

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Morin est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 14 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Pépin est substitué à celui de l'honorable sénateur Finestone, c.p. (*le 14 juin 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Morin (*le 14 juin 2001*).

MINUTES OF PROCEEDINGS

OTTAWA, Thursday, June 14, 2001

(25)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in Room 257, East Block, at 12:04 p.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

Members of the committee present: The Honourable Senators Cook, Cordy, Fairbairn, P.C., Graham, P.C., LeBreton and Morin (6).

In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, from the Committees and Private Legislation Directorate: Josée Thérien, Legislative Clerk.

Also in attendance: The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

WITNESSES:

(*By Videoconference*)

From the U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation;

Ariel Winter, Analyst;

Tanya Alteras, Analyst.

The Deputy Chair made a statement.

Ms Schmidt made a statement and, together with the other witnesses, answered questions

At 1:17 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

PROCÈS-VERBAL

OTTAWA, le jeudi 14 juin 2001

(25)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 04, dans la pièce 257 de l'édifice de l'Est, sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

Membres du comité présents: Les honorables sénateurs Cook, Cordy, Fairbairn, c.p., Graham, c.p., LeBreton et Morin (6).

Également présents: De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos, et, de la Direction des comités et de la législation privée: Josée Thérien, commis parlementaire.

Aussi présents: Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1^{er} mars 2001, le comité poursuit l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Voir le texte complet de l'ordre de renvoi dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

TÉMOINS:

(*Par vidéoconférence*)

Du U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, adjointe du secrétaire adjoint délégué à la politique en matière de santé, Bureau du secrétaire adjoint, Planification et évaluation

Ariel Winter, analyste;

Tanya Alteras, analyste.

La vice-présidente fait une déclaration.

Mme Schmidt fait une déclaration et, avec l'aide des autres témoins, répond aux questions.

À 13 h 17, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

La greffière du comité,

Catherine Piccinin

Clerk of the Committee

EVIDENCE

OTTAWA, Thursday, June 14, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 12:04 p.m. to examine the state of the health care system in Canada.

Senator Marjory LeBreton (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[*English*]

The Deputy Chairman: Honourable senators, I see a quorum. Today's meeting marks the end of our hearings on phase three of our health care study in which we are looking at international comparisons.

We have witnesses today from the United States Department of Health and Human Services. I would like to thank them for joining us via videoconference from Washington, D.C.

With us today is Ms Christine Schmidt, who is the Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy. The Office of Health Policy deals with health-related issues, including health care financing. It works closely with the Public Health Service, the Health Care Financing Administration, the Centers for Disease Control and Prevention, the National Institutes of Health, the Health Resources and Services Administration, the Substance Abuse and Mental Health Services Administration, and the Food and Drug Administration. Ms Schmidt works with the Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, whose acronym is ASPE, who is the principal adviser to the Secretary of the U.S. Department of Health and Human Services on policy development and is responsible for major activities in the areas of policy coordination, legislation development, strategic planning, policy research and evaluation, and economic analysis.

Ms Schmidt is accompanied by Ariel Winter and Tanya Alteras. They are analysts on the health policy staff.

Ms Schmidt has an opening statement, after which we will proceed to questions. I thank you for joining us today.

Ms Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, U.S. Department of Health and Human Services: We are glad to be here. I will take about 10 minutes to give you a brief overview of several areas of the health care system and our publicly financed programs. I will try to build on that fine briefing paper that you have been given by your staff. We will be happy to take questions at the end of my opening remarks.

I assume that if we do not have all the information with us, or if I do not know the answer off the top of my head, there will be a way for us to follow up with you to supply those answers.

The Deputy Chairman: That is right.

TÉMOIGNAGES

OTTAWA, le jeudi 14 juin 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 12 h 04 pour examiner la situation du système de santé au Canada.

Le sénateur Marjory LeBreton (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

La vice-présidente: Sénateurs, nous avons quorum. La séance d'aujourd'hui marque la fin de nos audiences de la troisième phase de notre étude sur le système de santé où nous procédons à des comparaisons internationales.

Nous recevons aujourd'hui les témoins du U.S. Department of Health and Human Services. Je tiens à les remercier de s'être joints à nous par vidéoconférence de Washington.

Nous allons entendre Mme Christine Schmidt, l'adjointe au sous-secrétaire adjoint à la Politique de santé. Le Bureau de la politique de santé est chargé des questions relatives à la santé, dont le financement de la santé. Il travaille en étroite collaboration avec le Service de santé publique, l'Administration du financement de la santé, les centres de contrôle et de prévention des maladies, les instituts nationaux de la santé, l'Administration des ressources et des services en santé, l'Administration des services relatifs à la toxicomanie et à la santé mentale et l'Administration des aliments et drogues. Mme Schmidt est affectée au bureau du secrétaire adjoint à la planification et à l'évaluation, dont le sigle en anglais est ASPE, qui est le conseiller principal du secrétaire au U.S. Department of Health and Human Services en matière d'articulation des politiques, et il est responsable à ce titre des grandes activités relatives à la coordination des politiques, à l'élaboration des lois, la planification stratégique, la recherche et l'évaluation relative à la politique publique et l'analyse économique.

Mme Schmidt est entourée d'Ariel Winter et de Tanya Alteras, toutes deux analystes en politique de santé.

Mme Schmidt va nous faire une déclaration liminaire, après quoi nous passerons aux questions. Je vous remercie d'avoir accepté notre invitation aujourd'hui.

Mme Christine Schmidt, adjointe du secrétaire adjoint délégué à la politique en matière de santé, Bureau du secrétaire adjoint à la planification et à l'évaluation, U.S. Department of Health and Human Services: Nous sommes heureux d'être des vôtres. Je vais prendre une dizaine de minutes pour vous donner un aperçu des divers domaines qui composent le système de santé et nos programmes financés par l'État. Je tâcherai de m'appuyer sur l'excellent mémoire que vous a remis votre personnel. Nous serons heureuses de répondre à vos questions après mon allocution liminaire.

J'imagine que si nous n'avons pas toutes les informations qu'il vous faut aujourd'hui, ou si je ne peux pas répondre à une question au pied levé, nous pourrions vous faire parvenir ces réponses plus tard.

La vice-présidente: Bien.

Ms Schmidt: Health care delivery in the context of care in the United States has changed dramatically, as you all probably know, within the last 10 years. I will give you two examples. Prescription drugs and the price of prescription drugs has changed dramatically. In the last 10 years, we have seen a large change in the amount of third-party payment for prescription drugs. The amount has almost quintupled. We have also seen a shift from in-patient hospital care to out-patient services. As an example of that kind of shift, our Medicare program used to spend 70 cents of every dollar on in-patient hospital care. It is now only 50 cents of every dollar.

Let us look at some of that money. I have sent you some tables and charts. The first one shows you the entire national health expenditures in the United States. The latest data that I have on that is from 1999. You will note that expenditures were about \$1.2 trillion. Of that, about one third of the money was spent by private health insurance in the United States. Another third was spent by our publicly financed programs, namely, Medicare, Medicaid and SCHIP.

You will also note that about 15 per cent of all of that money that is spent on health care in the United States came out of pocket from people using health services.

The U.S. is unique in the source of health insurance, as employer health insurance is the dominant form of health insurance coverage in the United States. You can see that in chart 2. Health insurance, in a way, is part of a total compensation package for workers. In this chart, you see that 63 per cent of those who are covered get their coverage through employer-sponsored programs. You will also see that 10 per cent are covered through Medicaid and 13 per cent through Medicare. About 16 per cent of all those in the United States are uninsured.

You asked some questions about the uninsured. I will take about two or three minutes to run through some characteristics and trends of the uninsured persons in the United States.

The number of uninsured persons in the country declined between 1998 and 1999, after a period of steady rise in the number of uninsured. In 1995, there were about 41 million people who were uninsured, rising to 44 million. For 1999, the figure is 42.5 million, or about 15 per cent of the population.

Three quarters of the uninsured people in the United States are employed. Although many of the uninsured adults are unemployed, non-workers and part-time workers are less likely to have insurance than full-time workers, again reflecting the nature of health insurance in our country.

Health insurance is also related to firm size. Nearly half of uninsured adults work in firms that have fewer than 100 workers. Health insurance coverage also varies widely by the industry. For example, 40 per cent of those who work in the fields of agriculture, forestry or fishery are uninsured, compared

Mme Schmidt: La prestation des soins de santé aux États-Unis a énormément évolué, comme vous le savez sans doute, au cours des 10 dernières années. Je vais vous donner deux exemples. Au niveau des médicaments d'ordonnance et du prix de ces mêmes médicaments, la situation a changé du tout au tout. Au cours des 10 dernières années, le montant des paiements d'une tierce partie pour les médicaments d'ordonnance a augmenté énormément. Ce montant a presque quintuplé. Nous avons également assisté à un déplacement des soins en milieu hospitalier vers les services externes. À titre d'exemple de ce virage ambulatoire, notre programme Medicare consacrait autrefois 70 cents, d'un dollar aux soins hospitaliers. Ce n'est maintenant que de 50 cents, d'un dollar.

Voyons un peu comment on utilise cet argent. Je vous ai envoyé des tableaux et des graphiques. Le premier tableau indique le total national des dépenses en santé aux États-Unis. Nos données les plus récentes remontent à 1999. Vous allez remarquer que ces dépenses totalisaient environ 1,2 billion de dollars. De ce montant, environ un tiers était assumé par les sociétés d'assurance-santé privées des États-Unis. Un autre tiers était pris en charge par nos programmes financés par l'État, nommément, Medicare, Medicaid et SCHIP.

Vous remarquerez également qu'environ 15 p. 100 des dépenses en soins de santé aux États-Unis provenaient des utilisateurs des services de santé.

Les États-Unis constituent un cas unique au niveau de la source de l'assurance-santé, l'employeur étant le principal assureur aux États-Unis. C'est ce que montre le tableau 2. Dans un sens, l'assurance-santé fait partie de la rémunération globale des travailleurs. Dans ce tableau, vous allez voir que 63 p. 100 des assurés sont protégés par des programmes parrainés par les employeurs. Vous allez constater également que 10 p. 100 sont assurés par Medicaid et 13 p. 100 par Medicare. Environ 16 p. 100 des Américains n'ont pas d'assurance.

Vous avez posé des questions au sujet de ces personnes qui n'ont pas d'assurance. Je vais prendre deux ou trois minutes pour vous faire part des caractéristiques et des tendances que l'on note chez les non-assurés aux États-Unis.

Le nombre de personnes non assurées au pays a baissé entre 1998 et 1999, après une période d'augmentation soutenue. En 1995, environ 41 millions d'Américains n'avaient pas d'assurance, et ce chiffre a augmenté à 44 millions. En 1999, ce chiffre est de 42,5 millions, ou environ 15 p. 100 de la population.

Trois quarts des non-assurés aux États-Unis ont un emploi. Même si un grand nombre d'adultes sans assurance n'ont pas de travail, les non-salariés et les travailleurs à temps partiel sont moins susceptibles d'avoir une assurance que les travailleurs à plein temps, ce qui reflète une fois de plus la nature de l'assurance-santé dans notre pays.

L'assurance-santé est également fonction de la taille de l'employeur. Près de la moitié des adultes non assurés sont à l'emploi d'entreprises comptant moins de 100 travailleurs. L'assurance-santé varie également beaucoup selon l'industrie. Par exemple, 40 p. 100 des personnes qui travaillent dans le domaine

with 12 per cent of those in the manufacturing sector or 7 per cent of those in the government sector.

Only about one quarter of the uninsured is poor. There are significant portions of higher-income people who are also uninsured in this country. While over half of the uninsured are poor or low-income, the poor are much more likely to be uninsured than people at higher incomes. About one third of all people below the poverty line in the United States are uninsured. About a quarter of the people between 100 and 200 per cent of our poverty line are uninsured.

The rate of insurance also changes dramatically by the age of the person. Most uninsured people in this country are under the age of 34. The highest uninsured rates are for young adults between the ages of 18 and 24 — about 29 per cent of that group are uninsured. Some of us think of that as an economic choice on the part of those young people. I also remember myself feeling rather immortal in those years.

The number of uninsured children has been dropping in this country. In some ways, we believe that is related to our new program, the SCHIP program, which I will talk about later. The number of children who are uninsured has dropped by about 1 million from the period 1998 and 1999. That number now stands at about 10 million children who are uninsured.

Although half of the uninsured people in our country are white, minorities have significantly higher uninsured rates. For example, about one third of Hispanics are uninsured. If you look deeper into that rate, the country of origin is also a predictor of whether people become insured. Different countries of origin with Hispanic immigrants to this country have higher rates of uninsured.

We also know that almost 10 per cent of our uninsured are chronically uninsured. That means that they are uninsured for about 25 months or more. There is a lot of what we call churning in the uninsured rate, where people are uninsured for short periods of time, between three and six months.

The uninsured rate also varies significantly by state. The heaviest rates of uninsured are in the southwest of our country. Again, that is partially related to the rates of uninsured among the Hispanics.

I will now move to our three publicly funded programs. That is on page 3 of the charts I provided. This year, we will be spending about \$370 billion on our publicly financed programs that provide health insurance, namely SCHIP, Medicare and Medicaid. We also have investments in the public health sector. I have not included those here.

You will note that almost two thirds of the money that the government spends goes out in Medicare. In total, these programs cover 70 million beneficiaries; almost half of those are Medicare people.

de l'agriculture, de la foresterie ou des pêches n'ont pas d'assurance, comparativement à 12 p. 100 des travailleurs du secteur manufacturier ou 7 p. 100 des travailleurs du secteur gouvernemental.

Seulement un quart environ des non-assurés sont pauvres. Un grand nombre de personnes à revenu élevé n'ont pas d'assurance non plus dans notre pays. Si plus de la moitié des non-assurés sont pauvres ou à faible revenu, les pauvres sont beaucoup plus susceptibles d'être non assurés que les personnes à revenu élevé. Environ un tiers de toutes les personnes qui sont sous le seuil de la pauvreté aux États-Unis n'ont pas d'assurance. Environ un quart des personnes ayant un revenu supérieur de 100 ou 200 p. 100 au seuil de pauvreté n'ont pas d'assurance.

Le nombre d'assurés évolue aussi considérablement selon le groupe d'âge. La plupart des non-assurés dans notre pays ont moins de 34 ans. Le plus grand nombre de non-assurés sont les jeunes adultes qui ont entre 18 et 24 ans. Environ 29 p. 100 de ce groupe n'ont pas d'assurance. Certains d'entre nous croient qu'il s'agit là d'un choix économique que font ces jeunes gens. Je me rappelle moi-même le sentiment d'immortalité qui m'habitait à cet âge-là.

Le nombre d'enfants sans assurance a baissé dans notre pays. Nous croyons que cette situation a attribuable à certains égards à notre nouveau programme, le SCHIP, dont je vais vous parler plus tard. Le nombre d'enfants qui sont sans assurance a fléchi d'environ 1 million de 1998 à 1999. Il y a à peu près 10 millions d'enfants aujourd'hui qui n'ont pas d'assurance.

Même si la moitié des personnes sans assurance dans notre pays sont de race blanche, il y a beaucoup plus de non-assurés au sein des minorités. Par exemple, environ un tiers des hispanophones n'ont pas d'assurance. Si vous examinez cette proportion de plus près, le pays d'origine est également un élément qui permet de prédire si les gens vont se faire assurer. Le nombre de personnes sans assurance fluctue selon le pays d'origine des immigrants hispanophones.

Nous savons que presque 10 p. 100 de nos non-assurés sont des cas chroniques. Ce qui veut dire qu'ils n'ont pas d'assurance pendant environ 25 mois ou davantage. Il y a beaucoup d'instabilité chez les non-assurés, certains demeurant sans assurance pendant de brève période, entre trois et six mois.

Le nombre de non-assurés varie également beaucoup selon les États. C'est dans le sud-ouest de notre pays qu'on trouve le plus grand nombre de non-assurés. Encore là, cela est partiellement lié au nombre élevé de non-assurés parmi les Hispaniques.

Je vais maintenant passer à nos trois programmes financés par l'État. Je suis à la page 3 des tableaux que je vous ai remis. Cette année, nous allons consacrer environ 370 milliards de dollars aux programmes d'assurance-santé publics, nommément le SCHIP, Medicare et Medicaid. Nous investissons également dans le secteur de la santé publique; mais je n'ai pas ces chiffres ici.

Vous avez remarqué qu'environ deux tiers des crédits gouvernementaux sont consacrés à Medicare. Au total, ces programmes regroupent 70 millions de bénéficiaires; environ la moitié d'entre eux sont inscrits à Medicare.

Let me go into a little more detail for each of these programs. In a way, Medicare is one of the great success stories of U.S. social policy. Right now, less than 1 per cent of the elderly in this country are uninsured. Medicare has also contributed substantially to the reduction in poverty among our elderly citizens, in combination with changes that were made in the social security system. Furthermore, the Medicare program has provided increased access to health care services in general. In 1967, about 300 elderly persons out of 1,000 accessed some form of health care services. Today, it is about 940 persons per 1,000 who access health care services.

Looking at chart 4, this outlines what a beneficiary or individual pays for Medicare during the year and how much money comes from which particular source. As you can see, Medicare pays for more than half of the total cost of a beneficiary's medical care during the year. Medicaid picks up another 12 per cent. Beneficiaries also have out-of-pocket expenses of almost 20 per cent.

I will also draw your attention to the wedge of private insurance on this graph. Many people on Medicare also carry other forms of insurance in order to help them with the kinds of things that Medicare does not cover. Let me go into a bit of what Medicare does and does not cover.

Medicare is divided into three parts: Part A is an entitlement program; part B is a voluntary program; and part C is the new program called Medicare+Choice, which I will speak to in a moment. The program covers most of the nation's elderly and it is based on their receipt of social security benefits. Disabled workers are also eligible, as are individuals with kidney failure.

We have been working on improvements over time. There will be some announcements coming out of the White House probably next week on ways to reform Medicare. Right now, the Medicare program and its benefits are modelled after 1960s private insurance policies in the United States.

What is covered in the different sections of Medicare is as follows: Part A, covers in-patient hospital services, post-acute skilled nursing care facilities, hospice care and home health care or post-institutional home health care. The second part is known as supplementary medical insurance. That covers physician and other practitioner services, out-patient hospital services, home health that is not covered by part A, and preventive services.

It is important to note that Medicare does not cover out-patient drugs, long hospital stays, routine physicals and certain primary preventive screening services, dental or vision services, or long-term care services. There is no limit on the out-of-pocket spending that a beneficiary may be asked to bear in this.

Permettez-moi de vous donner un peu plus de détails sur chacun de ces programmes. Dans un sens, Medicare est une des grandes réussites de la politique sociale des États-Unis. À l'heure actuelle, moins d'un pour cent des personnes âgées dans notre pays n'ont pas d'assurance. Medicare a permis aussi de réduire considérablement la pauvreté chez nos citoyens âgés, grâce aussi aux autres changements qui ont été apportés au système de sécurité sociale. En outre, Medicare a élargi l'accès aux services de santé de manière générale. En 1967, environ 300 personnes âgées sur 1 000 avaient accès à une forme quelconque de services de santé. Aujourd'hui, c'est environ 940 personnes âgées sur 1 000 qui ont accès à des services de santé.

Le tableau 4 vous montre combien un bénéficiaire ou un particulier verse pour Medicare au cours de l'année et combien d'argent provient de cette source en particulier. Comme vous voyez, Medicare absorbe plus de la moitié du coût total des soins médicaux que reçoit un bénéficiaire au cours de l'année. Medicaid en absorbe 12 p. 100. Les bénéficiaires doivent aussi payer de leur poche presque 20 p. 100.

J'attire aussi votre attention sur la part de l'assurance privée dans ce calcul. Bon nombre des bénéficiaires de Medicare ont aussi d'autres assurances qui leur permettent de payer le genre de choses que Medicare ne paie pas. Je vais maintenant vous expliquer un peu la protection que Medicare offre et n'offre pas.

Medicare se divise en trois volets. La partie A est le programme des ayants droit; la partie B est le programme facultatif; et la partie C est le nouveau programme qu'on appelle Medicare+Choice, dont je parlerai dans un instant. Le programme protège la plupart des personnes âgées du pays, et il est basé sur leurs prestations de la sécurité sociale. Les travailleurs à capacité réduite y sont également admissibles, tout comme les personnes souffrant d'insuffisance rénale.

Nous avons apporté des améliorations au fil du temps. La Maison-Blanche va annoncer certaines mesures la semaine prochaine probablement, mesures qui visent à réformer Medicare. À l'heure actuelle, le programme Medicare et ses prestations sont modelés sur les polices d'assurance privée qui existaient aux États-Unis dans les années 60.

Voici la protection qu'offrent les diverses sections de Medicare: La partie A assure les services en milieu hospitalier, les services infirmiers spécialisés pour soins aigus, les soins en hospice et les soins de santé à domicile ou soins de santé à domicile post-hospitaliers. La deuxième partie est ce qu'on appelle l'assurance médicale supplémentaire. Elle assure les services des médecins et des autres praticiens, les services en dehors des hôpitaux, les services à domicile qui ne sont pas assurés par la partie A, et les services de prévention.

Il faut noter que Medicare ne paie pas les médicaments des patients qui ne sont plus en milieu hospitalier, les longs séjours à l'hôpital, les examens médicaux de routine et certains services de filtrage et de prévention primaire, les soins dentaires ou pour la vue, ou les soins de longue durée. De ce côté, il n'y a pas de limite aux déboursés que le bénéficiaire peut être appelé à faire.

The spending breakdown within Medicare is probably not all that surprising. About 6 per cent of the beneficiaries spend 50 per cent of the money that is paid out in the Medicare program. That means that their average costs are \$25,000 or more per year.

Turning to page 5, the Medicare sources of income and expenditures, I will talk about where this program has been and where it looks like it is going in the future. The top line on page 5 is the total expenditure spending line for Medicare. We have both the historical and the estimated lines shown for you; the line is our current date, where we are right now.

If you follow that line, you will notice that a few years ago the expenditure line was actually above where we were in revenue. We had accumulated some surpluses. Only about four years ago, we were estimating that the Medicare program, at least the part A part of it, which covers hospital services, would be bankrupt in this year. A number of changes were made in the program. You can see where those occurred, right around 1998. Some significant savings were made at that point, and the line on expenditures was significantly pulled down.

At the same time, because of the period of economic health and growth in the United States, revenues were increasing faster than expected. We are now in a period of collecting a surplus in our fund, again, on the hospital trust fund side. However, we are expecting that, by 2029, we will again be faced with a shortfall in the part A side, in the hospital side of this program. We will be faced with some serious issues about what to do.

Part of that happens because of our expectation on rising health care costs, which we are expecting to be GNP plus one. Another factor is the retirement of the baby boom, having so many people enter the program. The third factor is that there will be fewer workers to support the retired population.

I will turn to Medicaid and SCHIP.

Medicaid was enacted in 1965 as a federal-state partnership program to provide health care to low-income Americans. It is the single largest federal grant and aid program that states receive. It accounts for \$176 billion of the total \$271 billion that the federal government gives to the states.

All 50 states have Medicaid. That has been since 1982. The program has grown significantly in the late 1980s and the early 1990s because we changed the numbers of people and the kinds of people who were eligible for the program. Currently, we have about 41 million people enrolled in the program.

The federal spending for Medicaid falls into four categories. One is acute care services. Another is where long-term care is paid for low-income people. Another category gives special payments to hospitals that serve a disproportionate share of people

Il n'y a rien de très surprenant dans la ventilation des dépenses de Medicare. Environ 6 p. 100 des bénéficiaires accaparent 50 p. 100 des déboursés de Medicare. Les coûts pour ces personnes s'élèvent en moyenne à 25 000 \$ ou davantage par année.

Je passe à la page 5, les sources de revenu et les dépenses de Medicare, et je vais vous dire où en est ce programme et quel est l'avenir qui se dessine pour lui. La première courbe de la page 5 indique le total des dépenses pour Medicare. Nous avons indiqué pour vous les données historiques et les projections; l'autre représente la situation actuelle.

Si vous suivez la courbe, vous remarquerez qu'il y a quelques années la courbe des dépenses se situait au-dessus de celle des recettes. Nous avions d'abord accumulé des excédents. Mais il y a environ quatre ans, nous avons estimé que le programme Medicare, du moins pour la partie A, qui couvre les services hospitaliers, ferait faillite cette année. Un certain nombre de modifications ont été apportées au programme. Vous pouvez constater que ça s'est fait aux alentours de 1998. Des économies importantes ont pu être réalisées à ce moment-là, et la courbe des dépenses a été considérablement abaissée.

En même temps, et parce que nous traversons une période de santé et de croissance économiques aux États-Unis, les recettes augmentaient plus vite que prévu. Nous sommes donc dans une période d'excédents de trésorerie, une fois de plus, pour ce qui est du fonds de fiducie hospitalier. Cependant, nous nous attendons à ce que dès 2029, la partie A du programme se retrouve à nouveau en déficit, je parle de la partie hospitalière. Il y aura là un certain nombre de questions importantes à régler pour l'avenir.

Cela s'explique parce que nous nous attendons à une croissance des coûts des soins de santé, à un rythme correspondant au PIB plus un. À cela il faut ajouter le départ à la retraite des gens du baby-boom, et donc un afflux massif de clients pour le programme. Le troisième facteur est qu'il y aura moins de personnes actives qui financeront les pensions des retraités.

Je vais maintenant passer à Medicaid et à SCHIP.

Le programme Medicaid est entré en vigueur en 1965; il s'agissait d'un programme associant l'État fédéral et les divers États américains, et destiné à assurer une couverture de soins de santé aux Américains des tranches inférieures de revenu. Il s'agit ici de la contribution fédérale la plus importante, du programme d'aide le plus généreux dont bénéficient les États. Cela représente 176 milliards de dollars sur 271 milliards distribués par l'État fédéral aux États.

Les 50 États participent au programme Medicaid. Et cela depuis 1982. Le programme a été élargi à la fin des années 80 et au début des années 90, après que nous avons modifié le profil des personnes qui étaient admissibles, et que leur nombre a augmenté. En ce moment ce programme couvre à peu près 41 millions de personnes.

Le financement fédéral pour Medicaid se répartit en quatre catégories. La première est celle des soins de courte durée. Ensuite il y a les soins de longue durée, qui sont pris en charge pour les personnes des tranches inférieures de revenu. Une autre

who are either low income or uninsured. The last is for administrative funds that go out as well.

The percentage that the federal government pays each state varies based on the state per capita income. We pay up to 83 per cent of the state costs.

Currently, Mississippi is the poorest state in the union. It has the lowest per capita income. We pay almost 80 per cent of their costs for the Medicaid program.

There are three categories of people eligible for Medicaid, parents and children, the elderly, and the disabled. Children make up about half of the population in Medicaid but represent only about 16 per cent of the money. The disabled population makes up the flip of that, about 16 per cent of the Medicaid population, and they account for 42 per cent of the spending.

There is a baseline set of mandatory Medicaid services that states must offer. These include hospital, physician, nursing home, prescription drug and other health and long-term care services. States may also choose to provide non-mandatory services, for example, out-of-hospital prescription drug coverage, hospice care and preventive services. Most states have selected to offer those services and most are feeling some strain right now because of the rise in prescription drug costs.

The states have some flexibility vis-à-vis their program design, within certain federal parameters. They can set income eligibility according to age. States must cover infants under 100 per cent of the poverty line, but some states cover infants up to the age of one and up to 400 per cent of the poverty line. States can vary how high up the income distribution they are going to go.

The newest, and by far the smallest, program is the State Children's Health Insurance Program, SCHIP, which has only recently been established. This program is done in partnership between the federal government and the states. In this instance, the federal government pays a higher match rate than it does in Medicaid. That match rate starts at about 60 per cent and ranges up above 80 per cent. States, again, have flexibility in how they design their benefit packages and their service delivery settings.

I will stop here because I know that you will have many questions. We will answer them as best we can.

catégorie comprend les crédits aux hôpitaux qui desservent une proportion particulièrement élevée de personnes à bas revenu, ou qui ne sont pas assurés. La dernière catégorie concerne les crédits d'administration.

La part de l'État fédéral à chaque État varie en fonction du revenu par habitant de ce dernier. Cela peut aller jusqu'à 83 p. 100 de la facture.

En ce moment, le Mississippi est l'État le plus pauvre de l'Union. Le revenu par habitant est le plus bas des États-Unis. Nous assumons près de 80 p. 100 des coûts de leur programme Medicaid.

Il y a trois catégories de personnes admissibles à Medicaid, les parents et les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées. Les enfants représentent à peu près la moitié de la population prise en charge par Medicaid, mais seulement 16 p. 100 du budget. Dans le cas des personnes ayant une déficience, c'est l'inverse: 16 p. 100 de la population prise en charge et 42 p. 100 du budget Medicaid.

Chaque État est tenu d'offrir, c'est obligatoire, un ensemble de services de base minimums. Cela inclut les hôpitaux, les médecins, les hospices, les médicaments sur ordonnance et un certain nombre d'autres services de soins de santé de longue durée. Certains États y ajoutent certains services facultatifs, comme par exemple la prise en charge des médicaments délivrés à l'extérieur de l'hôpital sur ordonnance, les soins en hospice et les services préventifs. Comme la plupart des États ont choisi de prendre en charge ces services facultatifs, ils se retrouvent dans une situation financière précaire en raison de l'augmentation des médicaments délivrés sur ordonnance.

Les États ont une certaine souplesse et marge de manoeuvre pour la conception de leur programme, compte tenu des paramètres imposés par l'État fédéral. Les États peuvent par exemple moduler l'échelle de revenu donnant droit à la prise en charge, en fonction de l'âge. Les États sont tenus de prendre en charge les soins aux bébés qui vivent à 100 p. 100 au-dessous du seuil de pauvreté, et dans certains États les bébés jusqu'à l'âge de un an et jusqu'à concurrence de 400 p. 100 du seuil de pauvreté sont également pris en charge. Ce sont aux États de décider jusqu'où ils assurent cette prise en charge dans l'échelle des revenus.

Le plus récent de nos programmes, et de loin le plus modeste, c'est le State Children's Health Insurance Program (programme public d'assurance-santé des enfants), SCHIP, qui vient juste d'être créé. Là encore il s'agit d'une collaboration entre l'État fédéral et les États particuliers. Dans ce cas précis, le gouvernement fédéral verse une part plus importante que pour Medicaid. La part fédérale commence à peu près à 60 p. 100 et peut aller jusqu'à plus de 80 p. 100 de la facture. Les États, là encore, disposent d'une certaine marge de manoeuvre pour la conception de leurs programmes d'assurance, de prise en charge et de prestation des services médicaux.

Je vais m'arrêter ici, car vous aurez beaucoup de questions à poser. Nous y répondrons au mieux de notre capacité.

The Deputy Chairman: You were talking about the chart on Medicare, page 5. You show the revenue and expenditure lines, and you show yourselves operating in a surplus currently. You mentioned a surplus, and you mentioned it going into the hospital trust fund side. Could you clarify that? Are there different areas to which you designate these funds? Are there different trust funds?

Ms Schmidt: There are two parts. There is the hospital insurance trust fund, which we call part A. This chart will show you the combined amount for both parts A and B. The payroll taxes go into the trust fund. That is shown at the bottom of this chart. That provides about 86 per cent of all of the revenues that flow into the trust fund.

The other sources of revenue for the trust fund are the interest earned on the trust fund assets, which is about 7 per cent, and the taxation of a portion of social security benefits. In this country, social security benefits are income-tested. If an individual's income is over a certain amount and the person is also collecting social security benefits, we tax those benefits. A portion of that benefit goes into the social security trust fund; another portion goes into the hospital insurance trust fund.

There is other income that flows into the trust fund. It forms only about 2 per cent.

Those are the sources that make up part A. That is the place where we are carrying a surplus.

The second section of Medicare, which pays for physician services and all the out-patient services, is called part B. That is made up of federal general revenues, which is about 73 per cent of all the money that goes into part B.

The other part is beneficiary premiums, which is about 23 per cent. There are also some assets, only about 4 per cent, and there is some income flowing from that.

In every year, part B is in balance. It must be in balance by law. General revenues, which is from general taxes of the country, go to support that program. The general rule of thumb that we try to hit is that 25 per cent of the money comes from premiums from the beneficiaries and 75 per cent comes from general revenue.

Senator Morin: As neighbours, we share our health systems in many ways. You probably know that Canadians cross the border, either on their own or as part of the government treatment system, for treatments in the U.S. We have many U.S. citizens coming to Canada to purchase their drugs and pharmaceuticals.

I would like to point out the success story in many aspects of the U.S. system. I think your support of scientific research is remarkable. Canadian citizens profit from this. The rest of the world also profits much from your outstanding support of health research. You are far ahead of what we are doing in quality

La vice-présidente: Vous nous avez parlé du graphique de Medicare, page 5. Il y a la courbe des recettes et celle des dépenses, et l'on peut voir que vous dégagez en ce moment un excédent. Vous en avez vous-même parlé, et vous avez dit que cet excédent est versé à la caisse de fiducie hospitalière. Pouvez-vous développer un petit peu ce point? Est-ce que cet argent est ensuite affecté à divers secteurs de soins? Y a-t-il par hasard plusieurs caisses de fiducie différentes?

Mme Schmidt: Cela se divise en deux. Il y a d'abord la caisse de fiducie d'assurance hospitalière, que nous appelons la partie A. Le graphique est la somme des deux budgets A et B. L'impôt sur la masse salariale est versé à la caisse de fiducie. Vous trouvez ça au bas du graphique. Cela représente environ 86 p. 100 de toutes les recettes versées à cette caisse fiduciaire.

Parmi les autres sources de revenu de cette caisse, il faut citer l'intérêt que rapportent les actifs fiduciaires. Cela fait à peu près 7 p. 100, et il y a l'imposition d'une partie des prestations de sécurité sociale. Aux États-Unis, les prestations de sécurité sociale sont indexées sur le revenu. Lorsque le revenu d'un particulier dépasse un certain seuil, et que cette personne touche les allocations de la sécurité sociale, celles-ci sont imposées. Une partie est reversée à la caisse de la sécurité sociale, une autre partie à la caisse de fiducie de l'assurance hospitalière.

Il y a encore d'autres recettes qui sont versées à cette caisse, cela représente environ 2 p. 100.

Voilà donc pour la partie A. C'est là que nous dégageons un excédent.

Le deuxième volet de Medicare, qui prend en charge les services des médecins et tous les services et consultations externes, c'est la partie B. Soixante-treize pour cent du budget de cette partie B viennent de la recette fédérale générale.

Il faut ensuite ajouter les cotisations des prestataires, soit 23 p. 100. On peut également ajouter 4 p. 100 pour les revenus de certains actifs.

Chaque année, la partie B est équilibrée. C'est ce que la loi exige. Les recettes générales dont je parlais, prélevées par le biais de l'impôt du pays, alimentent le programme. Notre règle approximative est d'essayer de fournir 25 p. 100 de ce budget à partir des cotisations des prestataires, les 75 p. 100 restant provenant des recettes générales.

Le sénateur Morin: Puisque nous sommes voisins, les deux régimes de soins de santé sont mis à contribution par des ressortissants des deux pays. Vous savez sans doute que les Canadiens franchissent souvent la frontière, soit de leur propre chef, soit parce qu'ils sont envoyés aux États-Unis pour traitement par notre assurance-santé. Nous avons également beaucoup de citoyens américains qui viennent acheter des médicaments et des produits pharmaceutiques au Canada.

J'en profite pour rappeler la réussite que représente à bien des égards votre système. Je pense particulièrement à toute la recherche scientifique qui est remarquable. Et les citoyens canadiens en profitent. On peut également dire que le monde entier profite de l'effort américain en matière de recherche

control programs and in the harnessing of information technologies. We are way behind you in those three respects.

We are quite worried here in Canada about waiting lists for various elective procedures and for diagnostic tests and so forth. What is the situation in the U.S.? I realize that for those who have private insurance the waiting lists might be shorter, but what about those Americans who are on either medicare or Medicaid. Is there a waiting list? I do not expect figures, but if you could give us an idea: in Canada it is a problem. We hear about this regularly in the press, and people are quite upset about it. This is also the case in Great Britain and many European countries. Is that a problem in the U.S.?

Ms Schmidt: We are concerned about access in particular, somewhat in the Medicaid program. As you noted, the distribution of physicians and services is not even throughout either one of our countries.

There are certain elective procedures within Medicaid that may have some waiting lists. In general, we do not see that as a large problem. We may not see it as much because of the way managed care functions within the Medicaid program and how that gatekeeper system works in referring people to specialists.

As you noted, in the employer-sponsored insurance, there is less of that; but again it is a function of what kind of insurance system they are in and whether it is an HMO.

In the U.S., the insurers are moving away from more heavily managed care, in large part because there is such a tight labour market and employees do not want their care heavily managed. Even the Medicaid system is becoming much more loosely managed.

Senator Morin: Are the uninsured, in fact, being denied care? For example, in an emergency or in a life-threatening situation such as diabetes or AIDS we have heard that approximately 45 million Americans are being denied access to drugs.

I know that is not the full truth, but for the purposes of this committee it would be interesting to know what happens in such a case. If someone presents either to a hospital or to a physician without insurance, what happens?

Ms Schmidt: Hospitals that are certified as a condition of participation in the medicare program have to accept people at the emergency room. If you present for an emergency, they are supposed to take care of you. If there are reports that an individual has not been taken care of has been shifted to another hospital, the situation is usually investigated. Many uninsured people present at emergency rooms not only for emergency treatment but also for other kinds of health care services.

médicale. Vous êtes très en avance sur nous en matière de contrôle de la qualité, et dans le domaine des technologies de l'information. Voilà donc trois grands secteurs où nous avons du retard sur vous.

Nous nous inquiétons beaucoup de ces listes d'attente qui s'allongent au Canada, qu'il s'agisse de certaines interventions non urgentes, ou de tests et analyses de diagnostics, et cetera. Quelle est la situation aux États-Unis? Pour ceux qui souscrivent à une assurance privée, les listes d'attente sont probablement plus courtes, mais que se passe-t-il pour ceux qui n'ont que Medicare ou Medicaid. Y a-t-il une liste d'attente? Je ne vous demande pas des chiffres, mais vous pouvez peut-être nous en donner une idée approximative; nous avons au Canada un réel problème. On en parle régulièrement dans la presse, et la population en est fort mécontente. On sait également que c'est le cas en Grande-Bretagne et dans beaucoup de pays européens. Le problème se pose-t-il également aux États-Unis?

Mme Schmidt: Le problème de l'accès aux soins de santé reste au centre de nos préoccupations, et particulièrement pour le programme Medicaid. Comme vous l'avez fait remarquer, ni dans votre pays ni dans le nôtre les médecins et les soins de santé ne sont géographiquement répartis de façon équilibrée.

Il y a un certain nombre de soins non urgents pour lesquels Medicaid impose des listes d'attente. De façon générale, cela ne nous paraît pas être encore un problème insurmontable. Ce n'est peut-être pas non plus aussi grave chez nous en raison de la façon dont le programme Medicaid assure la prise en charge des soins, et dont fonctionne le système généraliste/spécialiste.

Comme vous l'avez remarqué, dans un système d'assurance où cotise l'employeur le problème se fait moins sentir; mais là encore, tout dépend de l'assurance où l'employeur cotise, et si on a affaire ou non à une organisation de soins de santé intégrés.

Aux États-Unis, les assureurs tendent à s'éloigner du modèle d'une gestion trop prescriptible de la prise en charge des soins, et cela en grande partie parce que le marché du travail est proche du plein emploi et que les employés veulent pouvoir disposer d'une plus grande liberté de choix. Même le système Medicaid est de plus en plus souple.

Le sénateur Morin: Est-ce que cela veut dire que ceux qui ne sont pas assurés n'ont pas le droit aux soins? Je pense à ces situations d'urgence, de vie en danger, dans les cas de diabète ou de sida, où semble-t-il environ 45 millions d'Américains n'ont toujours pas les médicaments dont ils auraient besoin.

Je sais que ça n'est pas aussi simple que cela, mais il serait intéressant que vous expliquiez au comité ce qui se passe dans ces cas. Si quelqu'un se présente à l'hôpital ou chez le médecin sans assurance, que se passe-t-il?

Mme Schmidt: Les hôpitaux agréés aux fins du programme Medicare sont obligés de soigner les patients en urgence. Tout patient qui se présente aux urgences est soigné. Si nous apprenons que tel ou tel malade n'a pas été pris en charge, ou a été orienté vers un autre hôpital, nous faisons normalement une enquête. Beaucoup de personnes non assurées qui se retrouvent dans les salles d'urgence ne réclament pas forcément un traitement d'urgence, elles sont également là pour d'autres types de soins.

The way in which the uninsured are taken care of in the U.S. varies dramatically by location. In some areas, there are community health centres and what we call the "safety net." A lot of federal funding does go out to these community health centres. In fact, President Bush announced in the last budget that he would like to double the number of community health centres in the next five years, to take care of the uninsured.

In some areas, there are community health centres; in other areas, there are clinics. For example, in the State of Rhode Island, physicians donate services. They rely less on clinics, but they have a pool of physicians who donate their time on a rotation basis to take care of the uninsured. Much of that falls at the local level to determine how that will happen.

We do know that while regular and emergency services are certainly accessed there is less use of health care services among the uninsured. That can be measured.

Senator Morin: What is the situation concerning drugs relevant to the treatment of AIDS or diabetes?

Ms Schmidt: I can supply more information on the AIDS drug program for you. There are programs run by CDC and HRSA, the Health Resources and Services Administration, to get drugs delivered to the uninsured persons with AIDS in the communities. I can supply those numbers but I do not have them with me.

Ms Tanya Alteras, Analyst, U.S. Department of Health and Human Services: Some states have applied and have received waivers to use their Medicaid programs to provide low-cost drugs to HIV and AIDS patients.

Senator Morin: I would like to know about drugs for other conditions such as heart disease and diabetes that require life-saving, often expensive, medications for long periods of time.

Ms Schmidt: Almost all states now cover prescription drugs within the Medicaid program. If you present at a hospital with one of those conditions and appear to be eligible for Medicaid, the hospital will ensure that you are signed up for that program. Therefore, you would be eligible for your protocol of drugs.

Senator Morin: Do you think that the variability from state to state in Medicaid programs is a positive experience? Do states actually learn from each other? For example, the Oregon program is well known outside the U.S. Is there some experimentation that happens? Is this a positive experience?

La façon dont ces personnes non assurées sont prises en charge aux États-Unis varie d'un endroit à l'autre. Dans certaines localités, il y a des centres médicaux communautaires et ce que nous appelons le «filet de sécurité». Une partie importante du financement fédéral sert à ces centres de santé communautaires. De fait, le président des États-Unis, M. Bush, a annoncé lors du dernier budget qu'il aimerait doubler le nombre des centres de santé communautaires d'ici cinq ans, précisément pour que l'on puisse soigner les personnes qui ne sont pas assurées.

Dans certaines localités, il y a ces centres de santé communautaires, et ailleurs il y a des dispensaires. Ainsi, dans l'État du Rhode Island, on voit des médecins faire du bénévolat. C'est-à-dire qu'on a moins de dispensaires, mais qu'il y a des groupes de médecins qui font don de leur temps, par roulement, pour s'occuper de ceux qui n'ont pas d'assurance. Tout cela est en grande partie décidé et organisé au niveau local.

Les services courants et les services d'urgence sont donc accessibles, mais il est certain que ceux qui n'ont pas d'assurance sont de moins gros consommateurs de soins de santé. Cela peut être mesuré.

Le sénateur Morin: Qu'en est-il des médicaments nécessaires au traitement du sida ou du diabète?

Mme Schmidt: Je pourrais vous fournir plus d'informations sur le programme de traitement médicamenteux du sida. Il y a des programmes qui relèvent du CDC et de HRSA, la Health Resources and Services Administration (administration des services et ressources de santé), programmes qui permettent de distribuer des médicaments aux sidéens non assurés. Je pourrais vous fournir ces chiffres-là plus tard si vous le désirez.

Mme Tanya Alteras, analyste, U.S. Department of Health and Human Services: Certains États ont fait une demande pour obtenir l'autorisation d'utiliser le programme Medicaid pour fournir, à bas prix, des médicaments de lutte contre le VIH et le sida.

Le sénateur Morin: J'aimerais également savoir un peu plus sur les médicaments destinés à d'autres affections telles que les maladies cardiaques et le diabète, où l'on a besoin pendant très longtemps de médicaments souvent très chers, absolument indispensables à la survie du patient.

Mme Schmidt: Presque tous les États inscrivent maintenant les médicaments délivrés sur ordonnance dans le cadre de leur programme Medicaid. Si vous vous présentez à un hôpital avec l'une de ces maladies, en étant admissible à Medicaid, l'hôpital veillera à ce que vous puissiez être inscrit sur les listes du programme qui vous donnera le droit à une prise en charge médicamenteuse.

Le sénateur Morin: Pensez-vous que cette diversité de programmes Medicaid, d'État à État, soit quelque chose de positif? Les États s'inspirent-ils des différentes expériences des uns et des autres? Ainsi le programme de l'Oregon est bien connu à l'extérieur des États-Unis. Y a-t-il des projets pilotes? Est-ce que de façon générale c'est positif?

Ms Schmidt: I believe they do learn from each other. The states and the state Medicaid directors get together quarterly to share their experiences. When there is something new and radical, such as the Oregon experiment, people do examine it to determine the effects.

States have pushed their rights to flexibility to try new things — to pool resources and to figure out how to serve the populations better. In the U.S. the saying is “All health care is local.” Thus, that variation is very important.

Senator Morin: There is much interest in Canada in the Medical Savings Account, the MSA. I know there has been some experimenting in the U.S. Do you have any comments on that?

Ms Schmidt: That is only about a year or a year and a half old. We do not have any reports as of yet. I will provide that information when the first report is ready.

Congress designed this to be relatively stringent; a small income band would be allowed into these medical savings accounts. Very few people have elected to use them. Within the medicare program, which also has that option, very few people have elected to use MSAs. You are allowed by law to offer that option of an MSA, but no one has stepped forward in the private sector to offer that to the beneficiaries in medicare.

Senator Graham: I want to deal with the SCHIP program, which I understand was introduced in 1997 to expand public health care coverage to otherwise uninsured people. The program enables states to provide coverage to children from working families with income too high to qualify for Medicaid but with incomes that are too low to afford the purchase of private health care insurance. In other words, it is supposed to catch those people in the middle.

In spite of this, we are told that millions of children remain uninsured; I believe you used the figure of 1 to 2 per cent.

Senator Morin: Ms Schmidt said 10 million children.

Senator Graham: What percentage is that?

Ms Schmidt: That would be 14 per cent of children.

Senator Graham: SCHIP was, as I understand, an innovative program, and the Clinton administration received a great deal of credit for introducing it. Are states required by the federal government to participate in SCHIP, or is this a voluntary program?

Ms Schmidt: It is a voluntary program, but all states are now participating in that program.

Senator Graham: How is it financed?

Mme Schmidt: Je pense effectivement que les États tirent les leçons de ce qui se fait ailleurs. Les administrateurs des États, les directeurs des programmes Medicaid, se réunissent tous les trimestres pour des séances d'échange d'information. Lorsqu'il y a quelque chose de nouveau et de radical, comme par exemple l'expérience à laquelle se livre l'État d'Oregon, on voit ce qu'on peut en tirer.

Les États ont utilisé au maximum cette marge de manoeuvre à laquelle ils ont droit pour essayer de nouveaux modèles, comme par exemple de mettre certaines ressources en commun pour mieux servir la population. La formule usitée aux États-Unis c'est: «Tout ce qui relève de la santé est local». Cette diversité est donc une dimension importante de notre système.

Le sénateur Morin: On s'intéresse beaucoup au Canada à l'idée d'un compte épargne-santé, ou CES. Je sais que les États-Unis ont déjà fait quelques expériences dans ce domaine. Pouvez-vous développer un petit peu?

Mme Schmidt: Cela ne remonte qu'à il y a un an ou un an et demi. Nous ne savons pas encore quels sont les résultats. Je pourrais vous fournir plus d'information là-dessus dès que nous recevrons le premier rapport.

Le Congrès en a limité l'application de façon assez stricte; c'est-à-dire que seules les personnes d'une tranche de revenu bien précise seront autorisées à profiter de ces comptes d'épargne-santé. Jusqu'ici, très peu de gens s'y sont intéressés. Dans le cadre de l'application du programme Medicare, qui prévoit également cette option, très peu de gens ont décidé de recourir à ces comptes épargne-santé. La loi autorise donc d'offrir cette option, mais aucune assurance du secteur privé n'a encore décidé d'offrir cela aux prestataires de Medicare.

Le sénateur Graham: Je vais parler du programme SCHIP, qui est entré en vigueur en 1997, et qui était destiné à étendre aux personnes non assurées la prise en charge publique des soins de santé. Ce programme permet aux États d'assurer les soins aux enfants de familles de travailleurs dont le revenu est trop élevé pour qu'ils aient droit à Medicaid, mais qui n'ont pas non plus les moyens de cotiser à une caisse d'assurance privée. Il s'agit donc de personnes qui se retrouvent entre deux chaises.

En dépit de ce programme, on nous dit que des millions d'enfants ne sont pas couverts; vous avez utilisé, je crois, le chiffre de 1 à 2 p. 100.

Le sénateur Morin: Mme Schmidt a parlé de 10 millions d'enfants.

Le sénateur Graham: Quel pourcentage cela fait-il?

Mme Schmidt: Cela ferait 14 p. 100 des enfants.

Le sénateur Graham: SCHIP, si je ne me trompe, était un programme novateur, et on en a vivement félicité le gouvernement de M. Clinton. Les États sont-ils tenus, de par la loi fédérale, de participer au programme SCHIP, ou est-ce facultatif?

Mme Schmidt: C'est facultatif, mais il se trouve que tous les États participent à ce programme.

Le sénateur Graham: Comment est-il financé?

Ms Schmidt: It is mostly financed by federal revenues, but there is a state share as well. The federal share is about 60 per cent to 85 per cent of total costs. The states put up the rest. The states' share can come from some premiums that are paid by the participants in the program above certain levels.

Senator Graham: It has also been suggested that perhaps some low-income working families who have never been eligible for traditional public assistance programs may not realize that they are entitled to receive benefits under SCHIP. Is that a possibility?

Ms Schmidt: That is absolutely a possibility, and it is something on which we have been working quite a bit. We recognize the difficulty, because this is a new program. We need to get the word out on that. Some people also do not want to sign up for government programs or do not understand them.

I noted earlier, also, that there was a great variability in the insurance rate across different groups. Notably, one third of Hispanics are uninsured. Also, certain people who come into the country as recent immigrants do not understand the concept of insurance. There are different reasons in different areas of for this problem of people not signing up.

Many states have been very active in trying to get advertising campaigns out. They send workers out to the schools. This year, I think, is the first year that we have had a national school lunch program. When children sign up for that program, they can simultaneously sign up for the SCHIP program for their health insurance coverage. We are trying. We realize this is a problem.

Senator Graham: One of the topics we are interested in is preventive health care. I am wondering how much emphasis is placed on preventive health care programs in the United States and whether that is a shared responsibility between the federal government and the state governments.

Ms Schmidt: It will be a shared responsibility between the states and the federal government. A number of agencies work on preventive services, notably CDC, HRSA and NIH.

You have hit on one of the things that the secretary is interested in, and he will be announcing a major preventive initiative this summer. He has already talked about this prevention initiative. New preventive benefits have been added to medicare, covering certain cancer screening and different types of tests. Medicaid has some preventive services in it as well.

Senator Graham: We are also interested in the administrative costs of the health care delivery system. We know that it varies from country to country and according to the services that may be provided. For instance, in Canada, it is estimated that it is from 2 to 3 per cent. In other countries, it ranges up to 5 or 6 per cent, and even higher.

Mme Schmidt: Les crédits viennent essentiellement des coffres fédéraux, mais il y a une part de l'État local. La part fédérale est de 60 à 85 p. 100 de la facture totale. L'État assure le reste. La part de l'État peut être en partie financée par les cotisations versées par certains clients du programme, à partir de certains seuils.

Le sénateur Graham: On a également dit que certaines familles de travailleurs des tranches inférieures de revenu, qui n'ont jamais eu le droit aux programmes d'assistance publique traditionnels, pourraient fort bien ne pas savoir qu'elles ont droit aux services du SCHIP. Est-ce possible?

Mme Schmidt: C'est absolument possible, et nous avons étudié cela de très près. Il y a là une difficulté dont nous avons conscience, et qui tient au fait que c'est un nouveau programme. Il faut donc que nous en fassions la publicité. Il y a également beaucoup de gens qui ne veulent pas s'inscrire sur les registres des programmes de l'administration publique, ou qui n'en comprennent pas le principe.

J'ai également dit, tout à l'heure, que le pourcentage de personnes à être assurées varie beaucoup d'un secteur à l'autre de la population. Ainsi, un tiers des hispanophones ne sont pas assurés. Il arrive fréquemment, aussi, que les nouveaux immigrants ne comprennent pas le concept d'assurance. Il y a donc différentes raisons, dans différents secteurs de la population, qui expliquent que certaines personnes ne veulent pas s'inscrire.

De nombreux États se sont lancés dans des campagnes de publicité très actives. Ils ont envoyé des travailleurs dans les écoles. Cette année, je crois, marque la première année où nous avons un programme national de déjeuners dans les écoles. Lorsque les enfants adhèrent à ce programme, ils peuvent adhérer simultanément au programme SCHIP pour l'assurance-santé. Nous essayons. Nous savons que cela pose un problème.

Le sénateur Graham: L'une des questions qui nous intéresse est celle des soins de santé préventifs. Je me demande quelle importance on accorde au programme de soins de santé préventifs aux États-Unis, et s'il s'agit d'une responsabilité que partagent le gouvernement fédéral et les gouvernements des États.

Mme Schmidt: Il s'agira d'une responsabilité partagée entre les États et le gouvernement fédéral. Un certain nombre d'agences sont actives dans le domaine des services de prévention, notamment le CDC, la HRSA et le NIH.

Vous venez de mentionner une chose à laquelle le secrétaire s'intéresse, et il va annoncer cet été une grande initiative de prévention. Il a déjà parlé de cette initiative de prévention. On a ajouté à Medicare de nouvelles prestations relatives à la prévention qui assurent certains services de dépistage pour le cancer et divers types d'analyses. Medicaid assure aussi certains services de prévention.

Le sénateur Graham: Nous nous intéressons également aux coûts administratifs du système de santé. Nous savons qu'ils varient d'un pays à l'autre et selon les services que l'on offre. Par exemple, au Canada, on estime que ce coût se situe entre 2 et 3 p. 100. Dans d'autres pays, il s'élève jusqu'à 5 ou 6 p. 100, ou même davantage.

Can you give us an indication of what those percentages might be in the United States? Are the administrative costs of public programs lower or higher than the administrative costs of private insurance plans in the United States?

Ms Schmidt: The administrative costs for public plans are significantly lower than for private insurance programs. In the medicare program, we think that the administrative costs are about 2 to 3 per cent of total costs for that program. The Medicaid program, which is that shared state-federal program, is about 10 per cent. The private sector ranges from 10 to 15 and up to 20 per cent.

One of the major differences is that private insurers also do a lot of marketing, in order to have people sign up for their plans. That marketing increases their administrative costs. Economies of scale also enter in, obviously.

Senator Graham: Is there a feeling in your group that more emphasis should be placed on preventive programs? Is there a willingness, both at the government level and in the private sector, to spend more money? It seems to us that if we invest more money in preventive programs, we will save money in the long run.

Ms Schmidt: As I noted earlier, the secretary is very interested in preventive services and will be launching a major campaign about that, so, yes, it is also obvious from the federal level that we will be very interested in it.

In the private sector and at the state level, there is also tremendous interest in it because of the distribution of health care costs in the country. For example, I said that about 6 per cent of the medicare beneficiaries spend 50 per cent of the dollars. These are people with chronic diseases — in particular, a lot of heart conditions. The more you can spend on preventive services, the lower the health care costs in the future.

However, private insurers may be less willing to invest in preventive services because people change their insurance companies over time. There is a lot of churning in the United States — in other words, a period where an individual is with one company, followed by a period of uninsurance, following which the individual may go with another company and then may be on Medicaid.

The company that invests in prevention may not be the company that actually receives the savings down the road. That is part of the economics of how the insurance industry works.

Senator Graham: Do you have any studies that would indicate a correlation between preventive programs and actual cost savings?

Ms Schmidt: Not that come to mind immediately. Let me check back at the office on that.

Pouvez-vous nous donner une idée de ce que ces pourcentages pourraient être aux États-Unis? Les coûts administratifs des programmes publics sont-ils inférieurs ou supérieurs aux coûts administratifs des régimes d'assurance privée aux États-Unis?

Mme Schmidt: Les coûts administratifs des régimes publics sont de loin inférieurs à ceux des régimes d'assurance privée. Dans le programme Medicare, nous croyons que les coûts administratifs constituent environ 2 ou 3 p. 100 du coût total de ce programme. Pour le programme Medicaid, qui est ce programme partagé entre les États et le gouvernement fédéral, c'est d'environ 10 p. 100. Dans le secteur privé, le coût administratif se situe entre 10 et 15 p. 100, et même jusqu'à 20 p. 100.

L'une des grandes différences est attribuable au fait que les assureurs privés font aussi beaucoup de marketing pour attirer le plus grand nombre d'adhérents. Ces opérations de marketing ont pour effet de grossir les coûts administratifs. Il y a aussi des économies d'échelle, bien sûr.

Le sénateur Graham: Croit-on chez vous qu'il faut accorder plus d'importance aux programmes de prévention? Est-on disposé, tant au niveau gouvernemental que dans le secteur privé, à dépenser davantage de ce côté? Il me semble que si l'on investit davantage dans les programmes de prévention, nous allons faire des économies à long terme.

Mme Schmidt: Comme je l'ai dit tout à l'heure, le secrétaire s'intéresse beaucoup aux services de prévention et va lancer une grande campagne à ce sujet, donc, oui, il est évident aussi que le gouvernement fédéral témoignera beaucoup d'intérêt pour ces deux questions.

Dans le secteur privé et au niveau des États, on s'y intéresse également beaucoup à cause de la distribution des coûts de santé dans le pays. Par exemple, j'ai dit qu'environ 6 p. 100 des bénéficiaires de Medicare accaparent 50 p. 100 de son budget. Ce sont des personnes atteintes de maladies chroniques — en particulier, il y a un grand nombre de cardiaques. Plus l'on consacrera d'argent à la prévention, moins il en coûtera pour la santé à l'avenir.

Cependant, les assureurs privés sont peut-être moins disposés à investir dans les services de prévention parce que les gens changent de compagnie d'assurance pendant leur vie. Il y a beaucoup de mouvement aux États-Unis — autrement dit, il y a une période où le particulier est assuré par une compagnie, suivie par une période où cette personne n'est pas assurée, suivie par une autre période où ce particulier pourrait s'adresser à une autre compagnie et adhérer ensuite plus tard à Medicaid.

La compagnie qui investit dans la prévention ne sera peut-être pas celle qui va profiter des économies réalisées à long terme. Cela s'inscrit dans le fonctionnement économique de l'industrie de l'assurance.

Le sénateur Graham: Avez-vous des études qui indiqueraient un lien entre les programmes de prévention et des économies de coûts réelles?

Mme Schmidt: Il n'y en a pas qui me viennent immédiatement à l'esprit. Laissez-moi vérifier au bureau à ce sujet.

Senator Graham: If so, will you make them available to us?

Ms Schmidt: Yes, of course.

Senator Fairbairn: Thank you for joining us. I understand that the individual states have the responsibility and the right to raise their own revenue through taxation and that there is no federal law that limits that power of taxation.

Parts of our country are more well off than others, and that would be the same of course in the United States. With that responsibility on the state, is there a great variation in levels of care among those who are less fortunate? You mentioned that Mississippi was a state that had more difficulty than the rest. I am wondering if there is a perceptible difference in the way that Americans in less prosperous states are receiving benefits.

Ms Schmidt: That is a good and very complex question. A number of things are going on.

On the one hand, the answer is yes. The eligibility limits vary greatly for the Medicaid program. Medicare, let me point out, is uniform nation-wide.

Some of the coverage decisions that are made in medicare may be locally made, but for the most part medicare is a relatively uniform program. In Medicaid, what will change most dramatically is who is eligible. I said that in some states children through the age of 18 will be eligible up to the poverty line. In other states, children will be eligible up to 300 or 400 per cent of the poverty line, and those would be wealthier states that would go up higher into their income distribution.

Another difference in health care services in the United States has been documented, and that relates to service delivery and the kind of care. If you look at some medicare data, how medicine is practised in Florida is different in many ways from how it is practised in Boston or how it is practised in Minnesota. The cost in Minnesota per person may run around \$3,000. An individual in the exact same circumstance — and I will use medicare data as an example — who presents himself or herself in Miami, Florida, will cost the medicare program between \$10,000 and \$12,000.

We all know that the quality of care is not that different in their outcomes and yet the cost is varied. It is a complex picture when you look at how care is delivered and how medicine is practised in different areas of the country, and then you overlay that with the differences in income.

Senator Fairbairn: The Florida example is startling. I had an experience with a family member who was placed in a severe emergency situation a year ago, in Jupiter, Florida. With our health care coverage from Canada and some supportive insurance, we had absolutely outstanding treatment. Had we not had the support from our Canadian system, it might well have been quite an incredible expense. That is interesting that there is that divergence.

Le sénateur Graham: S'il y en a, les mettez-vous à notre disposition?

Mme Schmidt: Oui, naturellement.

Le sénateur Fairbairn: Je vous remercie d'être venus nous rencontrer. Je crois comprendre que les États ont individuellement la responsabilité et le droit d'aller chercher leurs propres recettes en prélevant des impôts et qu'il n'y a pas de loi fédérale qui limite ce pouvoir d'imposition.

Certaines régions de notre pays sont plus riches que d'autres, et c'est la même chose aux États-Unis, naturellement. Puisque l'État a cette responsabilité, y a-t-il un écart important dans les niveaux de soins dans les États moins riches? Vous avez mentionné que l'État du Mississippi avait plus de problèmes que les autres. Je me demande s'il y a une différence perceptible dans la façon dont les Américains reçoivent des soins dans les États moins prospères.

Mme Schmidt: C'est une bonne question, une question très complexe. Il y a plusieurs éléments.

D'une part, la réponse est oui. Les limites d'admissibilité varient énormément pour le programme Medicaid. Permettez-moi de souligner cependant que le programme Medicare est uniforme partout au pays.

Certaines décisions relatives à la couverture d'assurance dans le cadre du programme Medicare peuvent être prises au niveau local, mais dans la plupart des cas, Medicare est un programme relativement uniforme. Ce qui change de façon draconienne dans le programme Medicaid, c'est qui est admissible. J'ai dit que dans certains États, les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans sont admissibles jusqu'au seuil de pauvreté. Dans d'autres États, les enfants sont admissibles jusqu'à 300 ou 400 p. 100 du seuil de pauvreté, et ce sont les États les plus riches qui assurent une admissibilité à un degré plus élevé dans l'échelle de répartition des revenus.

Une autre différence dans les soins de santé aux États-Unis a été documentée et porte sur la prestation des services et le type de soins. Si on regarde certaines données du programme Medicare, a bien des égards la médecine se pratique différemment en Floride par rapport à la façon dont elle se pratique à Boston ou au Minnesota. Au Minnesota, le coût par personne se situe autour de 3 000 \$. Une personne qui serait exactement dans la même situation — et j'utiliserai l'exemple des données du programme Medicare — qui se présente à Miami, en Floride, coûtera entre 10 000 \$ et 12 000 \$ au programme Medicare.

Nous savons tous que la qualité des soins ne donne pas des résultats si différents et pourtant le coût varie. La prestation de soins et la pratique médicale varient énormément selon les régions du pays, et à cela s'ajoutent les différences de revenu.

Le sénateur Fairbairn: L'exemple de la Floride est saisissant. J'ai eu une expérience avec un membre de ma famille qui s'est retrouvé dans une situation d'urgence il y a un an, à Jupiter en Floride. Grâce à notre couverture de soins de santé du Canada et à une assurance complémentaire, nous avons reçu un traitement absolument exceptionnel. Si nous n'avions pas eu l'appui de notre système canadien, cela aurait pu être une dépense incroyable. Il est intéressant de constater qu'il y a une telle divergence.

I also want to go back to Senator Morin's question. There is a mythology on both sides of the border about each other's system. Often what we hear on this side of the border is the mythology of people in your country being turned away at hospitals if they do not have either the insurance or the money. I want to clarify this in my own mind. In the United States, if children or poorer people or those who, for whatever reason, have chosen not to get involved in the system show up in an emergency situation anywhere in the United States, would they be accommodated?

Ms Schmidt: They are supposed to be accommodated, yes. The hospital would be investigated if it did not, and a report would be made.

Senator Fairbairn: If it was an emergency, life or death, would they be treated?

Ms Schmidt: Yes.

Senator Fairbairn: Most of the traffic moves in your direction, with Canadians seeking expert treatments from some of your well-known institutions, like the Mayo Clinic, or Boston, or Mount Sinai. There is an element of support from our system, particularly if these procedures are not done at all in Canada. If the shoe were on the other foot, if we had a particular expertise in this country and an American wished to come here and be treated, would that citizen be supported by your health system to do that?

Ms Schmidt: It would depend on the individual's type of insurance. If the individual had employer-sponsored insurance that allowed that, it would happen. If the individual was in a managed care situation with a network, where the insurer wanted the individual to see certain doctors, it would not be allowed. I am not certain, but I gather it would not be covered by medicare.

The Deputy Chairman: I have a supplementary question about going back and forth across the border. Senator Fairbairn and I have had the experience of having husbands admitted to hospitals in Florida, where they received very good care. My question, however, relates to the specific issue of the drug prices.

Some companies in the United States bring busloads of people to Canada on a package tour to purchase their drugs. Do not get me wrong, we are happy to have the tourists. What is the reason for that? Is it related to cheaper prices, or is it related to the exchange rate on the Canadian dollar, or is it because there is a gap between the different programs? Some insurance programs cover drugs and some do not. What is the reason for it, in your view?

Ms Schmidt: It is the pricing difference.

The Deputy Chairman: How do you explain the price differences?

Ms Schmidt: The same drugs in the United States are priced in a different manner than they are in Europe and in Canada. It is a

Je voulais également revenir à la question du sénateur Morin. Des deux côtés de la frontière, on a certains mythes au sujet de nos systèmes respectifs. Souvent, ce que nous entendons de ce côté-ci de la frontière, c'est que chez vous, les hôpitaux n'acceptent pas les gens qui ont ni assurance ni argent. J'aimerais que ce soit bien clair dans mon esprit. Aux États-Unis, si des enfants ou des personnes plus pauvres, ou ceux qui pour une raison ou pour une autre ont choisi de ne pas participer au système, se présentent à l'urgence dans un hôpital aux États-Unis, va-t-on les soigner?

Mme Schmidt: On est censé les soigner, oui. S'ils ne l'étaient pas, l'hôpital ferait l'objet d'une enquête et un rapport serait préparé.

Le sénateur Fairbairn: Si c'était une urgence, question de vie ou de mort, seraient-ils traités?

Mme Schmidt: Oui.

Le sénateur Fairbairn: La plupart du temps, la circulation se fait vers les États-Unis, puisque les Canadiens vont chercher des traitements spécialisés dans vos institutions bien connues, comme la clinique Mayo, ou à Boston, ou à Mount Sinai. Notre système apporte un élément de soutien, particulièrement si ce sont des procédures médicales qui ne se font pas du tout ici au Canada. Si c'était l'inverse, si nous avions au Canada des compétences médicales et qu'un Américain voulait venir se faire traiter ici, recevrait-il une aide de votre régime de santé à cet effet?

Mme Schmidt: Cela dépendrait du type d'assurance qu'aurait cette personne. Si cette personne avait un régime d'assurance de soins médicaux de l'employeur qui permettait une telle chose, ce serait possible. Si la personne se trouvait dans une situation de soins gérés avec un réseau, ou l'assureur voudrait que la personne voie certains médecins, ce ne serait pas permis. Je n'en suis pas certaine, mais je suppose que cela ne serait pas couvert par l'assurance-santé.

La vice-présidente: J'ai une question supplémentaire au sujet des soins médicaux transfrontaliers. Le sénateur Fairbairn et moi-même avons des maris qui ont été admis dans des hôpitaux en Floride où ils ont reçu d'excellents soins. Ma question porte cependant plus précisément sur le prix des médicaments.

Certains sociétés aux États-Unis font venir au Canada des autobus remplis de gens qui viennent acheter leurs médicaments ici. Comprenez-moi bien, nous sommes heureux d'accueillir des touristes. Mais pourquoi font-ils cela? Est-ce parce que les prix sont moins élevés, ou est-ce à cause du taux de change avantageux par rapport au dollar canadien, ou est-ce parce qu'il y a un écart entre les différents programmes? Certains programmes d'assurance couvrent les médicaments et d'autres pas. Pour quelle raison viennent-ils acheter leurs médicaments ici, à votre avis,

Mme Schmidt: C'est la différence dans le prix.

La vice-présidente: Comment expliquez-vous ces différences de prix?

Mme Schmidt: Le prix d'un même médicament est établi différemment aux États-Unis qu'il ne l'est en Europe et

function of how the marketing system works from the drug manufacturers.

Do you have price controls on drugs in Canada?

Senator Morin: The answer is yes. In Canada, we do have price controls on drugs.

The Deputy Chairman: On some drugs.

Ms Schmidt: That makes a difference.

Senator Morin: I would like to come to the HMO system. There have been negative reports recently. If I understand correctly, 85 per cent of those Americans who are insured are taking part in an HMO.

I would like to know the difference between for-profit and not-for-profit HMOs concerning patient satisfaction and outcomes. Do you think it is still a formula for the future? Are you looking at other possibilities? Do you think it is a formula of the past? What is your impression? Parts of it are being considered here in Canada. As we are moving into that system, I have the impression that Americans are moving out.

Ms Schmidt: You mentioned that, in the employer-sponsored insurance sector, 85 per cent of people will be in HMOs. It may actually be that amount, I am not sure of the exact number, but it is in managed care. Most things in the United States now are managed care. The HMO part of managed care has become a smaller and smaller part of the picture over time. One of the ways to think about that is the degree of management that occurs within this system. There is a whole spectrum of managed care. In a closed, tight, gatekeeper system HMO, which was one of the original philosophies of the HMO movement, that has become rather small right now. There are fewer of them. Kaiser Permanenti is one example of that, and that only exists in certain markets, notably in California. California probably has the greatest concentration of HMO types and managed care types. In about 1994, everyone expected that what happened in California would march eastward and take over the rest of the United States. It has not yet really crossed the border of California. It will not move in that direction.

There are other models now. There are preferred provider organizations and point-of-service organizations. Fewer and fewer managed care organizations have closed networks. There is now a network that people can choose from, but you can also go outside that network for a slightly larger co-pay in order to get another doctor of your choice. Some of these models no longer have a gatekeeper to which you must go before you can go to a specialist.

This brings me to your second point on patient satisfaction. Again, this is something of a mixed bag. This may be a U.S. thing, but satisfaction is very much linked to choice. People are more satisfied if they get to choose their doctor or their specialist. In the closed HMOs, there is less satisfaction. On the other hand, the people in the closed HMOs liked the fact that the price was cheaper and that they got a lot of care for absolutely no co-pay. In

au Canada. Cela dépend de la façon dont le système de commercialisation fonctionne pour les fabricants de produits pharmaceutiques.

Au Canada, le prix des médicaments est-il contrôlé?

Le sénateur Morin: La réponse est oui. Au Canada, il y a un contrôle des prix des médicaments.

La vice-présidente: De certains médicaments.

Mme Schmidt: Cela fait une différence.

Le sénateur Morin: J'aimerais parler du système OSIS. Il y a eu des rapports négatifs récemment. Si j'ai bien compris, 85 p. 100 des Américains qui sont assurés participent à une OSIS.

J'aimerais connaître la différence entre les OSIS à but lucratif et les OSIS sans but lucratif en ce qui a trait à la satisfaction du patient et des résultats. À votre avis, cette formule est-elle toujours valable pour l'avenir? Examinez-vous d'autres possibilités? Croyez-vous qu'il s'agit d'une formule du passé? Quelle est votre impression? On envisage de mettre en place certains éléments de ce système ici au Canada. Alors que nous sommes en train d'adopter ce système, j'ai l'impression que les Américains sont en train de l'abandonner.

Mme Schmidt: Vous avez mentionné que dans le secteur de l'assurance de l'employeur, 85 p. 100 des gens participent à des OSIS. C'est peut-être ce pourcentage, je n'en suis pas exactement certaine, mais il s'agit de soins gérés. La plupart du temps aux États-Unis à l'heure actuelle, on parle de régimes de soins gérés. Avec le temps, l'élément OSIS des soins gérés a beaucoup diminué. Il faut voir le pourcentage de gestion qui se fait dans le cadre de ce système. Il y a toute une gamme de soins gérés. Dans un système OSIS contrôlé, fermé, serré, qui était l'une des philosophies originales du mouvement OSIS, la participation a beaucoup diminué à l'heure actuelle. Il y en a de moins en moins. Kaiser Permanenti est un exemple, et cela n'existe que dans certains marchés, notamment en Californie. La Californie a sans doute la plus grande concentration de types OSIS et de types de soins gérés. Vers 1994, tout le monde s'attendait à ce que ce qui s'était passé en Californie gagne du terrain vers l'Est et gagne le reste des États-Unis. Cela n'a pas vraiment encore traversé la frontière de la Californie. Cela ne se fera pas.

Il existe maintenant d'autres modèles. Il y a les organisations de fournisseurs privilégiés et les organisations de points de service. De moins en moins de régimes de soins gérés ont des réseaux fermés. Il y a maintenant un réseau à partir duquel les gens peuvent choisir ce qui leur convient, mais vous pouvez également aller à l'extérieur de ce réseau moyennant une quote-part légèrement plus importante afin de voir le médecin de votre choix. Certains de ces modèles n'ont plus de contrôleur d'accès auquel il faut s'adresser avant de voir un spécialiste.

Cela m'amène à votre deuxième point sur la satisfaction des patients. Encore une fois, les résultats varient beaucoup. C'est peut-être un phénomène typiquement américain, et la satisfaction est très étroitement liée au choix. Les gens sont plus satisfaits s'ils ont la possibilité de choisir leur médecin ou leur spécialiste. Dans les OSIS fermées, la satisfaction est moins grande. D'un autre côté, les gens qui participent aux OSIS fermées aiment bien le fait

this range, there was more satisfaction with more loosely managed types of organizations but less satisfaction with the cost of getting that kind of insurance.

Satisfaction is also prominent in all of the ongoing debates on Capitol Hill right now about patient and consumer bills of rights. Almost all care in the United States now is some form of managed care, but it is across a range. It has become looser because people do not like tight managed care and employers decided to start offering looser products. They told the insurers that their employees did not want this product any more, that they wanted a preferred provider list or a significant loosening up on gatekeeping. Since it is all part of accommodation, it started to loosen up.

Many economists now say that when we are faced with the inevitable economic downturn and the labour market is no longer so tight, employers may revert to becoming more interested in controlling their insurance costs and, therefore, managed care will become a little tighter again. Other economists argue that we will never go back to that tightly managed care.

In terms of outcomes, there are some different outcomes. I would like to send you a recent Hal Luft paper about a literature search, because I am afraid that I will get some of the outcomes wrong. It is particularly noted in terms of length of hospital stay — the more managed the care, the shorter the hospital stay.

I addressed the formula for the future. It is unclear in the United States. We are moving away from tightly managed products. Many people do not believe that we will go back and there will be a loosening up of the labour market before people see which way it goes. However, people are starting to talk about the next generation of models. The economists who talk about that do not know exactly what the next model will be, in terms of how to control costs, but they are not sure that managed care is the way that it will happen.

Senator Morin: This is very interesting. Here in Canada, where care is dominated by the provinces, primary care reform is very fashionable. There are various models, but universal among all the models is having a team of physicians, nurses and so on who would serve as gatekeepers. In Canada, as compared to the U.S., pediatricians and gynecologists, for example, are considered specialists or referred care. I realize that in the U.S. many of them are considered to be primary care professionals. The function of these primary care teams would be very strict. You would not be able to consult a specialist unless you were referred by the primary care team. This was a concept derived from HMOs, to which we keep referring. If I understand correctly, you are definitely moving away from this gatekeeping function that we see in the HMOs.

que c'est moins cher et qu'ils reçoivent beaucoup de soins sans payer de quote-part. Au milieu de cette gamme, on retrouve plus de satisfaction avec les organisations gérées moins étroitement mais moins de satisfaction avec le prix que coûte ce genre d'assurance.

La satisfaction est un élément important dans le débat qui se poursuit au Capitole sur les chartes des droits des consommateurs et patients. Presque tous les soins médicaux aux États-Unis sont prodigués aujourd'hui sous forme de régimes à gestion de soins, mais la gamme de tels soins est très vaste. Elle est devenue plus floue parce que les gens n'aiment pas les régimes à gestion de soins très stricts et les employeurs ont décidé de commencer à offrir des produits plus souples. Ils ont dit aux assureurs que leurs employés ne voulaient plus de leurs produits, qu'ils préféraient une liste de fournisseurs privilégiés ou une beaucoup plus grande souplesse dans le contrôle d'accès. Puisqu'il a fallu faire des accommodements de toutes sortes, le système est devenu plus souple.

De nombreux économistes disent maintenant que puisque nous pouvons nous attendre à un ralentissement économique inévitable, ce qui est accompagné d'un marché du travail moins serré, les employeurs vont peut-être s'intéresser à nouveau à contrôler leurs dépenses d'assurances et donc les régimes à gestion de soins deviendront peut-être un peu plus rigides. D'autres économistes affirment plutôt que nous ne verrons plus jamais ce genre de régimes de soins très rigides.

Pour ce qui est des résultats, ils varient également. J'aimerais vous faire parvenir un texte récent rédigé par Hal Luft sur la recherche documentaire, parce que je crains de me tromper dans les résultats. On a noté en particulier la durée des séjours en hôpital — plus les soins sont gérés étroitement, plus les séjours en hôpital sont brefs.

J'ai déjà parlé de la formule pour l'avenir. Elle n'est pas claire pour les États-Unis. Nous nous éloignons des produits très strictement gérés. Beaucoup de gens ne croient pas que nous y reviendrons, et on assistera à une plus grande flexibilité dans le marché du travail avant qu'on puisse vraiment voir comment cela se déroulera. Cependant, on commence déjà à parler de la prochaine génération des modèles. Les économistes qui en parlent ne savent pas exactement ce que sera le prochain modèle, en ce qui concerne le contrôle des coûts, mais ils ne sont pas certains que les régimes à gestion de soins seront la formule retenue.

Le sénateur Morin: Tout cela est très intéressant. Ici au Canada, où les soins de santé sont dominés par les provinces, la réforme des soins primaires est un sujet très à la mode. Il existe divers modèles, mais l'élément universel dans tous ces modèles est une équipe de médecins, d'infirmières, et cetera, qui servent de contrôleurs d'accès. Au Canada, contrairement aux États-Unis, les pédiatres et les gynécologues, entre autres, sont considérés des spécialistes qui doivent être recommandés. Je comprends qu'aux États-Unis, beaucoup d'entre eux sont considérés des professionnels de soins primaires. La fonction de ces équipes de soins primaires serait très stricte. Vous ne pouvez pas consulter un spécialiste à moins d'y être recommandé par votre équipe de soins primaires. C'est une notion dérivée des OSIS, auxquelles on fait constamment allusion. Si je vous comprends bien, vous vous

Ms Schmidt: That is the trend in employer-sponsored insurance right now, yes.

Reflecting where the costs occur in the system, one of the models for the next generation that people are looking at and that we are about to start demonstrating in the Medicare program is a system of coordinated care for people with chronic conditions who require care over time. With regard to drug utilization, in the elderly population in particular people rarely have only one condition. They usually have two, three or four conditions. Coordinating that care is very important. Therefore, people are currently talking about coordinating care for that group of people with chronic conditions with teams of doctors, as you mentioned, more tightly than for the general population.

Senator Cordy: Thank you for taking the time to be with us today. I would like to talk to you about health care professionals in the United States. In Canada, we currently have a shortage of doctors and nurses. They are leaving Canada for a variety of reasons, including better salaries, better research dollars and job satisfaction.

Will you tell us about the job situation in the United States? Are you experiencing shortages there?

With regard to job satisfaction, nurses in particular in Canada are experiencing great dissatisfaction and frustration with their jobs. Is that happening in the U.S., as well?

Do you have much movement between professionals working for the HMOs and outside the HMOs?

Ms Schmidt: In some ways, the situation is very similar.

On shortages, we have a clear and distinct nursing shortage in the United States. An issue of some concern in the federal government and the federal policy is how we will attract people into the nursing field. There is less of a concern on the physician side.

In terms of job satisfaction, the situation with nurses regarding jobs satisfaction sounds about the same on both sides of the border.

Movement in and outside of HMOs is, in a way, a shifting story. There was a period during the 1990s when physicians were leaving HMOs. In terms of economics, there was a large struggle between the providers and the insurers. It seems that within the last year providers grouped together. Certainly, hospitals have done so, but there are also areas where physicians have grouped together.

In Boston, all the OBGYNs grouped together and faced down the insurers and said, "You are not reimbursing us enough." They said, "If you want any kind of obstetrical services in this city, you

éloignez définitivement de cette fonction de contrôleur d'accès par les OSIS.

Mme Schmidt: Oui, actuellement, c'est la tendance qu'on voit pour ce qui est des régimes d'assurance parrainés par l'employeur.

À propos de l'origine des coûts encourus par le système, un des modèles pour la prochaine génération que l'on propose et dont on commence à faire la démonstration dans le programme de Medicare est un système de soins coordonnés pour les gens souffrant de maladies chroniques et qui ont besoin de soins de longue durée. Pour ce qui est de l'utilisation des médicaments, parmi les personnes âgées en particulier, il est rare que le patient n'ait qu'une seule maladie. Il en a habituellement deux, trois ou même quatre. La coordination de tels soins est très importante. Donc, on parle actuellement de coordonner les soins pour ce groupe de gens souffrant de maladies chroniques avec des équipes de médecins, comme celles que vous avez mentionnées, prodiguant des soins de façon plus contrôlée que pour la population générale.

Le sénateur Cordy: Merci d'avoir pris le temps de vous joindre à nous aujourd'hui. J'aimerais vous parler des professionnels de la santé aux États-Unis. Au Canada, nous assistons actuellement à une pénurie de médecins et d'infirmières. Ils quittent le Canada pour toutes sortes de raisons, y compris de meilleurs salaires, une plus grande disponibilité de financement pour la recherche et une plus grande satisfaction professionnelle.

Pouvez-vous nous décrire la situation professionnelle aux États-Unis? Y a-t-il des pénuries chez vous?

Pour ce qui est de la satisfaction au travail, les infirmiers et infirmières en particulier au Canada éprouvent une grande insatisfaction et frustration au travail. Est-ce que cela se produit également aux États-Unis?

Y a-t-il une grande mobilité chez les professionnels qui travaillent au sein des OSIS ou à l'extérieur de celles-ci?

Mme Schmidt: À certains égards, la situation est tout à fait semblable.

Pour ce qui est des pénuries, il est très clair que nous avons une pénurie d'infirmières aux États-Unis. Les façons d'attirer les gens vers cette profession est une question qui préoccupe le gouvernement fédéral et la politique fédérale. On s'inquiète un peu moins du côté des médecins.

Pour ce qui est de la satisfaction au travail, la situation des infirmières concernant la satisfaction professionnelle semble être à peu près la même des deux côtés de la frontière.

La question de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur des OSIS semble changer constamment. Il fut une période pendant les années 90 où les médecins quittaient les OSIS. Au plan économique, on a assisté à une lutte entre les fournisseurs et les assureurs. Il semblerait qu'au cours de la dernière année, les fournisseurs se sont regroupés. Il est certain que les hôpitaux l'ont fait, mais dans certaines régions les médecins se sont regroupés également.

À Boston, tous les obstétriciens-gynécologues se sont regroupés et ont affronté les assureurs pour leur dire: «Vous ne nous remboursez pas suffisamment.» Ils ont dit: «Si vous voulez qu'il y

must deal with us." Therefore, the dynamics in the negotiations between the insurers and the providers have changed. Right now, it looks as if the providers are getting a little more of their way, and that is changing some of the dynamics on the physicians' side, at least, both in satisfaction and in how they are working inside and outside of managed care.

Mr. Ariel Winter, Analyst, U.S. Department of Health and Human Services: Physicians can also contract with many different kinds of health plans, with tightly managed HMOs, with more loosely managed provider organizations or fee-for-service types of plans. The same doctor could see first an HMO patient and then a PPO patient.

There is a relatively small percentage of doctors who work inclusively for one HMO and are paid on a salary basis.

Senator Cook: Thank you for sharing your wisdom with us today. I would like to move from how we look after people who are ill to how we look after people who are well. I would like to talk about population health.

You deliver your services in a variety of ways, from the state system, to the federal system, to the private system. How are programs such as immunization, nutrition and literacy delivered? Are they delivered from a federal perspective, through a cooperative effort, or by the state?

Ms Schmidt: The answer to that question is every which way. It is all over the place. There are federal nutrition programs and there are some federal public health programs. The large nutrition programs include nutrition education programs and large feeding programs. There are also programs that are delivered in partnership with the states at the federal and the state level. There are also many that are delivered directly at the state level, with federal grants provided. Both the Centers for Disease Control and the Health Resources and Services Administration direct many grants to states, and some of them are even passed through to local communities in order to design population health programs.

Senator Cook: Given the size and population of your country, at any given time is there any effort to coordinate all these programs, such as the gathering of evidence-based information, or is it done, as you say, all over the place?

Ms Schmidt: It is done in layers. There are researchers who do try to do it. However, there are other layers. Research is also done at the community and state levels. Much of this data then feed into the CDC or are collected in other databases for researchers at NIH and other organizations to use, to track what the population looks like.

ait des services d'obstétrique dans cette ville, vous devez faire affaire avec nous.» Donc, la dynamique dans les négociations entre assureurs et fournisseurs a changé. Actuellement, il semblerait que les fournisseurs ont de plus en plus gain de cause, et cela change la dynamique du côté des médecins, du moins en termes de satisfaction et de leur façon de travailler à l'intérieur et à l'extérieur des régimes à gestion de soins.

M. Ariel Winter, analyste, U.S. Department of Health and Human Services: Les médecins peuvent également signer un contrat avec plusieurs régimes de soins de santé différents, avec des OSIS très strictement gérées ou avec des organisations de fournisseurs plus simples ou encore des régimes où ils sont payés à l'acte. Le même médecin peut voir d'abord un patient d'une OSIS et ensuite un patient d'un OFP.

Il existe un pourcentage relativement petit de médecins qui travaillent uniquement pour une OSIS et qui sont salariés.

Le sénateur Cook: Merci d'avoir bien voulu partager votre sagesse avec nous aujourd'hui. J'aimerais que l'on passe de la façon de s'occuper des gens qui sont malades à la façon de s'occuper de ceux qui se portent bien. J'aimerais parler de la santé de la population.

Vous fournissez vos services par toutes sortes de moyens, avec un système géré par l'État, ou par le gouvernement fédéral, ou encore par le secteur privé. Comment fournit-on des programmes tels que l'immunisation, la nutrition et l'alphabétisation? Sont-ils exécutés par le fédéral, par le biais d'une certaine collaboration, ou par l'État?

Mme Schmidt: La réponse à cette question est par tous les moyens. On retrouve un peu de tout. Il y a des programmes de nutrition fédéraux et il y a certains programmes de santé publique fédéraux. Les grands programmes de nutrition comprennent les programmes d'éducation en matière de nutrition et des programmes d'alimentation très vastes. Il existe également des programmes qui sont exécutés en partenariat avec les États tant au niveau fédéral qu'au niveau de l'État. Il y en a également plusieurs qui se font au niveau de l'État, avec des subventions fédérales. À la fois les Centers for Disease Control et la Health Resources and Services Administration procurent beaucoup de subventions aux États, et certaines d'entre elles sont acheminées aux communautés locales pour qu'elles puissent à leur tour formuler des programmes de santé publique.

Le sénateur Cook: Étant donné la taille et la population de votre pays, y a-t-il eu à un moment donné un effort pour coordonner tous ces programmes, tels que la collecte de données fondées sur la preuve, ou est-ce que cela se fait de façon un peu aléatoire, comme vous le disiez plus tôt?

Mme Schmidt: Cela se fait par étape. Il y a des chercheurs qui essaient de le faire. Cependant, il y a d'autres étapes. La recherche se fait aussi au niveau communautaire, au niveau de l'État. La plupart de ces données sont ensuite acheminées au Centre for Disease Control ou sont versées dans d'autres bases de données pour utilisation par les chercheurs de la NIH ou d'autres organisations, qui font le suivi des populations.

We had a goal for the year 2000. We have now established what we call "healthy people goals" for 2010, which were designed by the U.S. Public Health Service in consultation with the states. There are about 200 indicators of public health that we will try to track over time, with goals attached to each.

The country has also selected about 10 of these goals, almost treating them like economic indicators, that we can look at annually, such things as obesity rates, smoking rates and the like. We will be tracking those over time to see how the public health is working and whether we can meet our goals in 2010.

Senator Graham: You are obviously familiar with the Canadian health care system. Is there anything about our system that would attract you sufficiently that you would like to see it incorporated or adopted in the U.S. system?

Mr. Winter: I would suggest coverage rates.

Ms Schmidt: That is really hard to say. I do not know your system as well as you may think. Certainly, the coverage rates and having people insured would be wonderful for our country. We also worry about access.

Nothing springs to mind at this moment, I am sorry.

Senator Morin: My question concerns President Bush's platform with regard to the coverage of prescription drugs for seniors and the patients' bill of rights, which has been stalled in Congress for a time. If I understand correctly, President Bush wants to implement a drug benefit for medicare beneficiaries. That is an important issue here in Canada, one that we are discussing. Do you think there is any possibility of these two issues being implemented?

Ms Schmidt: Our sense is that there is a very good chance that there will be legislation. Certainly, we are all hoping that there will be legislation. We will see whether it happens this year or next year. The debate right now on the patients' bill of rights is getting closer all the time. There has been much negotiation. We may well see a bill this summer on that particular area.

With regard to prescription drugs, the congressional budget office just put out new estimates indicating that the addition of prescription drug benefits to the medicare program is within the reach of the budget agreement that has been put forward late this spring. It is now at the congressional level. We are all expecting a debate on that issue and on medicare reform this summer.

The Deputy Chairman: Thank you very much for giving your time today. We anticipate receiving the material you have agreed to send us.

The committee adjourned.

Nous avons un objectif pour l'an 2000. Nous avons maintenant établi ce que nous appelons «des objectifs de personnes en santé» pour 2010, qui ont été conçus par le U.S. Public Health Service en consultation avec les États. Il y a environ 200 indicateurs de santé publique que nous essaierons de suivre sur une période de temps, avec des objectifs pour chacun.

Le pays a également choisi environ 10 de ces objectifs, et les traite presque comme des indicateurs économiques que nous pouvons examiner annuellement. Il s'agit de facteurs tels que les taux d'obésité, de tabagisme, et cetera. Nous allons surveiller ces données sur une période de temps afin de voir si les politiques de santé publique fonctionnent bien et si nous pouvons atteindre nos objectifs en 2010.

Le sénateur Graham: Vous êtes de toute évidence familiers avec le système de soins de santé canadien. Y a-t-il des caractéristiques de notre système qui vous attireraient suffisamment pour que vous vouliez les incorporer ou les adopter dans le système américain?

Mr. Winter: Moi je penserais aux taux de couverture.

Mme Schmidt: C'est difficile à dire. Je ne connais pas votre système aussi bien que vous semblez le croire. Très certainement, les taux de couverture et le fait que le gens soient assurés seraient merveilleux dans notre pays. Nous nous inquiétons également de l'accès.

Rien ne me vient à l'esprit pour le moment, pardonnez-moi.

Le sénateur Morin: Ma question concerne la plate-forme électorale du président Bush concernant la couverture des médicaments d'ordonnance pour les personnes âgées ainsi que la Charte des droits des patients, qui est en suspens au Congrès depuis un certain temps. Si je comprends bien, le président Bush veut mettre en oeuvre une assurance-médicaments pour ceux qui sont assurés par Medicare. C'est une question importante ici au Canada et nous en discutons. Croyez-vous qu'il soit possible que ces deux mesures soient mises en oeuvre?

Mme Schmidt: À notre avis, il y a d'excellentes chances que cela sera inscrit dans la loi. C'est certainement ce que nous espérons. Nous verrons ce qui se passera cette année ou l'an prochain. Le débat sur la charte des droits des patients se rapproche de jour en jour. Il y a eu beaucoup de négociations. Nous verrons peut-être un projet de loi à ce sujet dès cet été.

Pour ce qui est des médicaments d'ordonnance, la Commission des finances du Congrès vient de déposer de nouveaux budgets des dépenses indiquant que l'ajout de l'assurance-médicaments au programme Medicare serait abordable à la suite de l'entente budgétaire mise de l'avant à la fin du printemps. Le dossier est maintenant au Congrès. Nous nous attendons tous à un débat sur cette question et sur la réforme du programme Medicare en général cet été.

La vice-présidente: Merci beaucoup de nous avoir accordé votre temps aujourd'hui. Nous avons hâte de recevoir les documents que vous avez bien voulu nous faire parvenir.

La séance est levée.



If undelivered, return COVER ONLY to:
Public Works and Government Services Canada —
Publishing
45 Sacré-Coeur Boulevard,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

En cas de non-livraison,
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —
Édition
45 Boulevard Sacré-Coeur,
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

WITNESSES—TÉMOINS

(By videoconference)

From the U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, Deputy to the Deputy Assistant Secretary
for Health Policy, Office of the Assistant Secretary for
Planning and Evaluation;

Ariel Winter, Analyst;

Tanya Alteras, Analyst.

(Par vidéoconférence)

Du U.S. Department of Health and Human Services:

Christine Schmidt, adjointe du secrétaire adjoint délégué à la
politique en matière de santé, Bureau du secrétaire adjoint,
Planification et évaluation;

Ariel Winter, analyste;

Tanya Alteras, analyste.

